

*Colección Estudios
Serie Dependencia*

EST

Cuidado a la Dependencia e Inmigración

Informe de resultados



MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD



IMERSO

Cuidado a la
Dependencia e Inmigración
Informe de resultados

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales no comparte necesariamente las opiniones y juicios expuestos, y en ningún caso asume responsabilidades derivadas de la autoría de los trabajos que publica.

DISEÑO DE LA COLECCIÓN:

Onoff Imagen y Comunicación

Primera edición 2005

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales

EDITA:

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
Avda. de la Ilustración, s/n - 28029 Madrid
Tel.: 913 63 85 26 - Fax: 913 63 89 42
E-mail: opm.imserso@mtas.es
<http://www.seg-social.es/imserso>

NIPO: 216-05-002-1

D.L.: BI-676-05

ISBN: 84-8446-080-0

Imprime: GRAFO, S.A.

Gracias a todas las personas que nos abrieron su corazón y nos contaron partes de su intimidad personal: sus experiencias, sus sufrimientos, sus dudas y sus temores. Con sus declaraciones, ha sido posible elaborar unas reflexiones que posibilitan un mayor bienestar para todos: para los mayores en situación de dependencia, para las familias que prestan sus cuidados de forma abnegada y para todos aquellos cuidadores inmigrantes en nuestro país que, deseando establecerse entre nosotros, colaboran con una ayuda inestimable para que muchas personas mayores disfruten de una calidad de vida acorde con su dignidad.

ÍNDICE

Presentación	13
Preámbulo	17
CAP. 1. CONDICIONANTES DE LA APARICIÓN DEL FENÓMENO SOCIAL INMIGRANTES QUE CUIDAN A MAYORES	21
Introducción	22
1. El envejecimiento demográfico	23
1.1. Las personas mayores en España	24
1.2. El envejecimiento en la UE	26
1.3. La esperanza de vida	27
2. Envejecimiento y dependencia	28
2.1. El estado de salud	30
2.2. Las personas mayores dependientes en España	31
2.3. Envejecimiento y discapacidad	33
2.4. Tipología de la discapacidad en mayores de 65 años	37
2.5. Expectativas de cuidado por parte del mayor	38
3. La provisión de cuidados en la dependencia en mayores	40
3.1. El Estado	42
3.1.1. Los gastos de protección social a la vejez en España	42
3.1.2. Los recursos formales	44
3.1.2.1. El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	45
3.1.2.2. El Servicio de Teleasistencia	48
3.1.2.3. Los Centros de Día	50
3.1.2.4. Las Residencias	53
3.1.3. Los recursos formales de proximidad en las tres CCAA. que forman parte del estudio ..	57
3.2. El apoyo informal: la familia	62
3.2.1. El cuidador	62

3.2.2. Las situaciones de dependencia en las personas mayores	64
3.2.3. Conductas y actividades de las personas mayores que repercuten en el cuidador ..	66
3.2.4. Las consecuencias del cuidado a la persona mayor dependiente	68
3.2.5. El apoyo continuado al cuidador. El apoyo emocional	70
3.3. Los cambios en la estructura familiar	72
3.3.1. La situación familiar en el contexto español	72
3.3.2. La composición de hogares en la sociedad española	73
3.3.3. La incorporación de la mujer al mundo laboral. La crisis del cuidado informal	74
3.3.4. La participación laboral de la mujer y el cambio en la disposición del cuidado del mayor discapacitado	77
4. La situación de convivencia del mayor dependiente	82
4.1. Situación actual de convivencia de los mayores dependientes en España	82
4.2. Expectativas de cuidados al mayor dependiente por parte de las familias	84
4.3. Relaciones de la persona mayor con la familia	88
4.4. Discapacidad y ayuda asistencial	91
4.5. Situaciones de cuidado dentro y fuera del hogar	96
5. Las soluciones de futuro: el mercado	99
5.1. El mercado regularizado de atención al mayor en su propio domicilio	99
5.1.1. Las empresas sin ánimo de lucro (ONG y cooperativas)	101
5.1.2. El mercado privado de cuidado y atención al mayor	102
5.1.3. El personal contratado por los Ayuntamientos	105
5.1.4. El servicio doméstico. La participación de las mujeres extranjeras en el sector servicios	106
5.2. Una solución a medio camino: la ayuda informal y la solidaridad social	111
5.3. La situación de la inmigración a nivel del Estado	115
5.4. La diversificación de la actividad laboral de los inmigrantes irregulares en España	117
5.5. Inmigración y cuidados a mayores: ¿un binomio emergente y una solución coyuntural?	118
Conclusiones	119
CAP. 2. LA SITUACIÓN DE CUIDADOS A PERSONAS MAYORES POR PARTE DE INMIGRANTES EN ESPAÑA: METODOLOGÍA	123
1. Elección de los territorios	124
2. El proceso de investigación	124
3. Temporalización del estudio	125
3.1. Primera fase: búsqueda y análisis de fuentes secundarias	125
3.2. Segunda fase: entrevistas a informantes clave	125
3.3. Tercera fase: entrevistas a inmigrantes que cuidan a personas mayores y a familias que hacen utilización de este recurso	126
3.4. Instrumentos para la recogida de información	126

CAP. 3. EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES REALIZADO POR CIUDADANOS INMIGRANTES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA	127
1. La percepción del fenómeno	129
1.1. Análisis de fuentes secundarias	129
1.1.1. Indicadores demográficos	129
1.1.2. Indicadores de salud. La dependencia en personas mayores	133
1.1.3. Indicadores económicos y sociales	142
1.1.4. La situación de la inmigración en la Comunidad Valenciana	144
1.1.5. Los recursos para la atención a personas mayores dependientes	147
1.2. La visión de los informantes clave	151
1.2.1. La percepción del fenómeno	157
1.2.1.1. Impresión general sobre la situación del recurso en la Comunidad Valenciana	157
1.2.1.2. La magnitud del recurso	158
1.2.1.3. El perfil de las personas mayores atendidas	159
1.2.1.4. Las razones de la demanda de servicio	160
1.2.1.5. El nivel económico de las personas mayores que recurren a este servicio ..	161
1.2.1.6. Las dificultades de la relación	162
1.2.1.7. Perfil de las inmigrantes cuidadoras	162
1.2.1.8. Las cuestiones laborales	164
1.2.1.9. La necesidad de formación	164
1.2.1.10. Las tareas que realizan	165
1.2.2. Elementos que propician la aparición y desarrollo del fenómeno social	168
1.2.3. Las modalidades de contacto inmigrante-familia	171
1.2.4. Resultados. Grado de satisfacción del inmigrante y de la familia	175
1.2.5. El futuro del recurso «inmigrantes que cuidan a mayores»	179
2. La visión de los actores	181
2.1. Los cuidadores	181
2.1.1. Características de las personas entrevistadas	181
2.1.2. Forma de contacto con la persona cuidada	186
2.1.3. Motivos por los que desarrollan este tipo de actividad	189
2.1.4. Características de la persona mayor que cuidan	191
2.1.5. Actividades de cuidado que realizan y grado de satisfacción/insatisfacción	192
2.1.6. La formación en conocimientos para el cuidado de la persona mayor dependiente	194
2.1.7. Las relaciones con la familia de la persona mayor	195
2.1.8. ¿Cómo se sienten realizando la actividad de cuidadores de personas mayores?	197
2.1.9. Las expectativas de futuro	198
2.2. Las familias	200
2.2.1. Los problemas de salud de la persona mayor	201
2.2.2. Los motivos de la contratación	206
2.2.3. Modalidad de contacto con la inmigrante cuidadora	210
2.2.4. El papel de la familia	212

2.2.5. Conocimiento, uso y valoración de los recursos	214
2.2.6. Las tareas encomendadas y grado de satisfacción	216
2.2.7. Valoración del recurso y expectativas de futuro	219
Conclusiones	224
CAP. 4. EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES REALIZADO POR CIUDADANOS INMIGRANTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID	233
1. La percepción del fenómeno	234
1.1. Análisis de fuentes secundarias	234
1.1.1. Indicadores demográficos	234
1.1.2. Indicadores de salud	237
1.1.3. Personas mayores dependientes con discapacidades	241
1.1.4. Indicadores económicos y sociales	245
1.1.5. Inmigrantes que cuidan a personas mayores en sus hogares	253
1.1.6. La situación de la inmigración en la Comunidad de Madrid	258
1.1.7. Población extranjera en la ciudad de Madrid	260
1.1.8. Los recursos para la atención a mayores dependientes	263
1.2. La visión de los informantes clave	264
1.2.1. La percepción del fenómeno	266
1.2.2. Relación entre la oferta y la demanda	273
1.2.3. Condiciones de trabajo	277
1.2.4. Circunstancias que favorecen la provisión de este recurso	282
1.2.5. Resultados. Grado de satisfacción de las partes implicadas	285
1.2.6. Perspectivas del sector. Propuestas para la política de personas mayores	287
2. La visión de los actores	290
2.1. Los cuidadores	290
2.1.1. El cuidado de mayores dependientes por trabajadores inmigrantes: punto de cruce de la trayectoria laboral y el proyecto migratorio	291
2.1.2. Momento previo a emplearse como cuidador de personas mayores en Madrid	293
2.1.3. Momento presente de la atención a personas mayores	298
2.1.4. Momento posterior: satisfacción actual y expectativas	316
2.2. Las familias	333
2.2.1. Tipología de los cuidados: múltiples soluciones según las circunstancias	334
2.2.2. La conexión entre la demanda y la oferta laboral de inmigrantes. Importancia del «boca a boca»	344
2.2.3. El papel de los parientes en la atención a los mayores. División sexual del trabajo ..	347
2.2.4. Tareas encomendadas a las cuidadoras inmigrantes y grado de satisfacción sobre su cumplimiento	353
2.2.5. La relación laboral. Condiciones de trabajo	357
2.2.6. Expectativas de futuro de las familias	363
Conclusiones	363

CAP. 5. EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES REALIZADO POR POBLACIÓN INMIGRANTE. COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO ...	371
1. El contexto demográfico, económico y social de la dependencia	372
1.1. Presentación	372
1.2. Población y dependencia en la CAPV	372
1.3. Indicadores económicos de la CAPV: evolución de la actividad, ocupación, paro y pensiones	378
1.4. Los servicios sociales de atención a la población mayor de la CAPV	386
1.5. La población inmigrante en la CAPV	388
1.6. Datos e información más reseñable	390
2. Las redes de intermediación entre cuidadores inmigrantes y personas mayores dependientes	396
2.1. Introducción	396
2.2. Las agencias de intermediación entre cuidadores inmigrantes y personas mayores dependientes. Comunidad Autónoma del País Vasco	397
2.3. Mapa de las redes de relaciones entre cuidadores inmigrantes y personas mayores dependientes. Comunidad Autónoma del País Vasco	403
2.4. Listado de entrevistas realizadas	406
3. Los cuidadores: proyecto laboral y migratorio	408
3.1. Características de las personas entrevistadas	408
3.2. Forma de contacto con la persona cuidada	411
3.3. Motivos por los que desarrollan este tipo de actividades	412
3.4. Características del mayor que cuidan	414
3.5. Actividades de cuidado que realizan	415
3.6. La formación en conocimientos para el cuidado del mayor dependiente	420
3.7. Las relaciones con la familia del mayor	423
3.8. ¿Cómo se siente realizando la actividad de cuidador de mayores?	425
3.9. Condiciones de trabajo y grado de satisfacción/insatisfacción	426
3.10. Las expectativas de futuro. La regularización y el retorno	430
3.11. Actitudes hacia el mayor	432
4. Las familias: la trayectoria de la dependencia	433
4.1. Presentación	433
4.2. Las características de la persona mayor cuidada	437
4.3. Las motivaciones para contratar a inmigrantes cuidadores	442
4.4. Las redes de contacto	447
4.5. Las responsabilidades asumidas por la familia	450
4.6. El conocimiento y uso de otros servicios	453
4.7. Las tareas encomendadas al cuidador	454
4.8. Valoración del recurso a los cuidadores inmigrantes	458
4.9. Listado de entrevistas a familiares	460

5. Conclusiones de la CAPV	463
5.1. Conclusiones sobre las entrevistas a informadores relevantes	463
5.2. Conclusiones sobre las entrevistas a cuidadores	464
5.3. Conclusiones sobre las entrevistas a familiares: análisis dinámico de la dependencia	467
5.4. Consideraciones finales	468
Bibliografía	471

PRESENTACIÓN

El título de la propia investigación induce a la pregunta de la relación existente entre personas mayores con algún tipo de dependencia e inmigrantes. La investigación realizada por las universidades de Valencia y del País Vasco y por el Colectivo IOE trata de dar respuesta a la pregunta.

No es necesario incidir, ya que es un hecho conocido, sobre el proceso de envejecimiento *acelerado* que se está efectuando en la población española, que tiene efectos sobre la estructura social y económica. Una de estas consecuencias tiene su reflejo en un incremento de la dependencia en las personas mayores.

De forma simultánea, los flujos inmigratorios, especialmente intensos en estos últimos años, repercuten en el tejido social y de forma más directa en el mercado laboral.

Demanda de cuidados para personas mayores con dependencia

Ser capaces de alcanzar una esperanza de vida que toca casi los 84 años para las mujeres y los 77,2 años¹ para los hombres tiene unos costos que se traducen en un incremento de personas mayores necesitadas de apoyos para llevar a cabo su vida diaria. Estos apoyos son proporcionados de forma prioritaria y prácticamente exclusiva por sus propias familias.

El estudio realizado por el IMSERSO a lo largo del año 2004² calcula que son un 5,1% los hogares españoles donde se presta algún tipo de ayuda a personas mayores. Esta ayuda la proporcionan un 4,5% las propias familias y un 0,6 % los empleados de hogar. Este cuidado que se presta es un cuidado intenso, tanto por el tiempo dedicado (el 90,2% lo hacen todos los días y más de tres veces por semana) como por el tiempo medio de horas empleadas diariamente (10,6 horas). El perfil del cuidador informal es mayoritariamente femenino, de una edad media de 53 años y con un bajo nivel de estudios.

Este perfil sociodemográfico del cuidador informal es un mero reflejo de la estructura de la familia tradicional española que ha inscrito en la mujer la responsabilidad de los cuidados dentro del hogar de forma ancestral.

¹ INE, *Población y Territorio*, noviembre 2004.

² «Cuidados en la familia de personas mayores en situación de dependencia», IMSERSO/GFK, Madrid, 2004.

Los cambios que se están generando dentro de la estructura familiar española no difieren de los producidos en países occidentales. La diferencia en el caso español viene dada, como en el resto de los cambios demográficos y sociales, por la rapidez con la que se producen, provocando roturas en el tejido social, debiendo superar dificultades de acomodación de la propia estructura social y de los recursos existentes ante la premura de los cambios.

Ante el incremento de necesidades de cuidado dentro de los hogares, los poderes públicos, conscientes de ello, han intentado paliar a través del fomento de los recursos existentes y de la creación de nuevos recursos sociales la atención a las personas mayores. Prueba de ello, y teniendo en cuenta las preferencias mostradas por las personas mayores de seguir viviendo en su propio hogar, las Administraciones públicas han incrementado en estos años los servicios destinados al desahogo de la familia cuidadora y sobre todo ha reforzado el Servicio de Ayuda a Domicilio, que se ha incrementado en una década³ en más de dos puntos porcentuales.

A pesar de este esfuerzo realizado, los índices de cobertura superan apenas un 3%. Este bajo índice de cobertura muestra su paralelo en el estudio ya mencionado sobre los cuidados a las personas dependientes en el hogar realizado en el año 2004, que calcula en tan sólo un 13,4% los hogares que reciben algún tipo de ayuda. De ellos, un 46,8% reciben apoyo institucional y un 51,2% lo consiguen a través de los empleados domésticos contratados por algún miembro de la unidad familiar. De ellos un 60% son de nacionalidad española y un 40% es población inmigrante.

Simultáneamente al proceso de envejecimiento de la población española, la población inmigrante en estos últimos nueve años ha pasado de 542.314 personas a 2.672.596⁴. En términos relativos esta llegada de población de otras zonas geográficas implica en el año 2003 una tasa de 14,2 inmigrantes por cada mil habitantes, la segunda más elevada de la Unión Europea de los veinticinco. En la composición sociodemográfica de esta inmigración hay rasgos diferenciadores como son la procedencia geográfica cuyo peso principal cercano al 39% lo disfruta América Central y del Sur, el peso femenino que rompe el equilibrio a su favor, y la distribución por grupos de edad, siendo las edades comprendidas entre los 30 y los 49 años las que logran agupar a casi un 40% de la misma⁵.

Este perfil se corresponde con las características sociodemográficas de los empleados de hogar encargados de los cuidados de las personas mayores: mujeres (96,6%), con una edad media de 39 años y un nivel educativo medio-bajo. Estudios dirigidos a investigar los recorridos de inserción social de las mujeres inmigrantes⁶ y del sector laboral de los empleados de hogar⁷ descubren cómo el servicio al cuidado de personas (niños y personas mayores) dentro del hogar suponen la vía de entrada para la inserción en el mercado laboral español. Sólo el cuidado de personas mayores supone un 27% del total del mercado laboral de los inmigrantes como empleados de hogar⁸.

³ IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores, 2004.

⁴ INE.

⁵ INE, *Encuesta de Migraciones*, 2003.

⁶ IMSERSO, *Mujer y Servicio doméstico*, 1999.

⁷ IMSERSO, *Inserción y dinámicas laborales de los trabajadores inmigrantes*, 2004.

⁸ IMSERSO, *Inserción y dinámicas laborales de los trabajadores inmigrantes*, 2004.

Inmigración y cuidado de las personas mayores

El deseo de permanecer en el hogar, el incremento en la necesidad de cuidados y la deficiencia en la respuesta de prestación de servicios dentro del hogar procedentes de las instituciones y del mercado formal conducen a la búsqueda de apoyo en el mercado laboral menos formalizado del servicio doméstico donde la oferta se ha incrementado notablemente en estos últimos años por la inmigración.

El estudio que se presenta se ha dirigido a investigar a este colectivo de trabajadores inmigrantes cuidadores de personas mayores en hogares españoles. La investigación realizada por equipos de las universidades de Valencia y del País Vasco y del Colectivo IOE, coordinada por un equipo de profesores de la Universidad de Valencia, tiene un carácter netamente cualitativo cuyo objetivo fundamental es desglosar los procesos motivadores que conducen a contratar una persona inmigrante para el cuidado de una persona mayor, medios usados para la contratación, satisfacción con el cuidado recibido, relaciones entre cuidador/persona cuidada, relaciones cuidador/familia, recompensas/frustraciones...

Dadas las diferencias existentes entre los modelos de servicios sociales de las comunidades autónomas, se delimitó el ámbito geográfico de la investigación a tres comunidades autónomas, País Vasco, Madrid y Comunidad Valenciana, que respondieran a diferentes tipos de hábitats, desarrollo del sistema de servicios sociales y peso de la población inmigrante, que permitieran vislumbrar si la contratación de personas procedentes de otros países para la atención de personas mayores se relacionaba con la oferta de servicios públicos. En la Comunidad Valenciana, además, convergía junto con un importante peso de población inmigrante económica una población procedente mayoritariamente de países miembros de la Unión Europea, jubilados y demandantes de servicios para personas mayores. La metodología utilizada fue común en los tres equipos de trabajo: análisis de la estructura de la población mayor y de la población inmigrante en cada territorio junto con un análisis de los servicios sociales ofertados; entrevistas a informantes clave y entrevistas en profundidad tanto a inmigrantes cuidadores de personas mayores como a los familiares de la persona mayor cuidada.

Los resultados se presentan de forma independiente por la comunidad autónoma con una introducción de la situación de las personas mayores y de la población inmigrante que sirve de engarce al trabajo de los tres equipos, sin comparar los resultados obtenidos tanto en cuanto por las propias limitaciones de la metodología empleada como para permitir indagar sin los límites previos que impone una comparación por sí misma.

A pesar de ello, de la lectura del texto pueden extraerse algunos apuntes comunes para la reflexión:

- La demanda insatisfecha tanto por el sector público como por el mercado (privado o sector no lucrativo) de proveer cuidados de personas dentro del hogar que requieren una intensidad en tiempo con unos costes que den acceso a las personas que los necesiten. La demanda para contratar personas que proporcionen un apoyo en el cuidado de las personas mayores con algún tipo de dependencia dentro del hogar hace intuir la diferencia en la oferta de servicios públicos de cada comunidad autónoma.
- El recurso a contratar personas que puedan suplir o apoyar el cuidado dado por los familiares cuando las necesidades de atención abarcan todo tipo de actividades para la vida diaria y de forma

exclusiva, conducen al mercado laboral de personas inmigrantes, en muchos casos en la ilegalidad, aunando dos colectivos vulnerables, personas mayores e inmigrantes.

- La reclamación a la Administración pública por parte de los empleadores españoles de una mayor flexibilidad y rapidez en la legalización de los inmigrantes encargados del cuidado de las personas mayores con dependencia.
- La satisfacción, en general, por parte de los familiares con los cuidados proporcionados por el empleado de hogar inmigrante, una vez se han acomodado las aptitudes y actitudes de empleador y empleado.
- En contrapartida, la baja consideración de su trabajo por parte del trabajador inmigrante, tanto por las tareas que realiza como por la remuneración, que lo considera como trabajo-puente entre la entrada al país y la legalización que le permita acceder al mercado laboral regularizado.

Este estudio no hace sino subrayar la situación actual del cuidado de las personas mayores con dependencia y las previsiones existentes hacia el futuro no dejan de remarcar la necesidad de planificar y estructurar unos servicios sociales de calidad que cubran las necesidades de la población española y aseguren una protección social adecuada a la persona mayor.

DIRECCIÓN GENERAL DEL IMSERSO

PREÁMBULO

El aumento porcentual del número de personas mayores es, junto con la inmigración, uno de los rasgos más relevantes de la actual realidad demográfica en nuestro país. En cierta medida, el incremento de la inmigración está relacionado con la existencia de un mercado informal de trabajo orientado a la atención de las personas mayores dependientes. La investigación que se propone en las páginas que siguen a continuación, trata de abordar precisamente esta interrelación entre la demanda de cuidados a personas dependientes y la prestación de dicho servicio por trabajadoras inmigrantes.

La celeridad con que se está produciendo el crecimiento de esta demanda de servicios de atención en la economía informal, y específicamente, aquellos realizados por inmigrantes, puede deberse seguramente a la confluencia de las siguientes tendencias:

El aumento de la esperanza de vida

Como observaremos con posterioridad, la esperanza de vida en nuestro país, está alcanzando cifras increíbles hace tan sólo unos años. La posibilidad actual de que las mujeres puedan vivir por término medio por encima de los 83 años, y que igualmente los varones, alcancen los 77 años, está acarreado un elevado grado de responsabilidad social entre la clase política, tanto por lo que se refiere al mantenimiento de las pensiones, como a la generación de recursos socioculturales y de atención sociosanitaria dirigidos específicamente al colectivo de personas mayores.

El incremento de la discapacidad en relación a la esperanza de vida

Pero no sólo vivimos cada vez más años, sino que son precisamente las cohortes de edad que se sitúan por encima de los 75 años las que mayor crecimiento manifiestan en los últimos años. Desafortunadamente, y como veremos con posterioridad, el incremento de la edad produce un incremento de situaciones de discapacidad, y serán precisamente estas situaciones de discapacidad entre la población anciana de nuestro país, las que quizá están atrayendo a un importante número de mujeres de otras latitudes que encuentran en nuestro país la posibilidad de una vida más digna a través de una actividad de cuidado de personas mayores.

La transformación de la familia, que se traduce en: a) dificultades de disposición de tiempo en la atención al mayor discapacitado y b) dificultades para financiar los recursos adecuados de atención

La familia ha ido sufriendo profundas transformaciones, debidas especialmente a la incorporación de la mujer al mundo del trabajo y al bajo índice de natalidad que registra actualmente nuestro país. El tradicional rol de la mujer como portadora de valores de cuidado y atención a los más pequeños y a los más mayores de la familia está dando paso a unas nuevas estructuras familiares, donde, por una parte se rehúye el cuidado de los hijos retrasando enormemente el nacimiento de los mismos, y en segundo lugar, generando una insuficiente atención a las personas mayores cuando éstos puedan encontrarse en situaciones de necesidad. Por otra parte, la actual situación de convivencia de las personas mayores en su propio domicilio genera, en ocasiones, dificultades de atención por parte de los hijos al vivir éstos en domicilios alejados de sus padres.

Una dificultad añadida a las expresadas más arriba, consiste, en ocasiones, en la disponibilidad económica que puede generar el cuidado de atención al mayor dependiente. Si bien las pensiones se han incrementado sustancialmente desde mediados de los años ochenta, lo cierto es que las mismas no llegan a cubrir el desembolso económico que supone la atención continuada al mayor en situación de dependencia. Es en ese momento cuando la familia tiene que realizar, a veces, un importante desembolso para hacer frente al mantenimiento de una mínima calidad de vida en el mayor dependiente.

Escasa implantación de servicios sociosanitarios formalizados de proximidad

De cualquier modo, la situación de cuidado del mayor dependiente tendría mucho que ver con la existencia de lo que ha venido en denominarse «servicios de proximidad» (Servicio de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia y Centros de Día). La escasa existencias de este tipo de servicios, que posibilitan que los cuidadores formales no tengan que hacer frente al cuidado del mayor durante todas las horas del día, genera en no pocas ocasiones la necesidad de contar con alguna persona que permita pequeños espacios de respiro a los cuidadores informales, pero que necesariamente, tal como indicábamos anteriormente, originará un dispendio económico familiar. La llegada de inmigrantes con posibilidades de realizar tareas de cuidado a mayores dependientes y la posibilidad de residir en el propio domicilio del mayor, puede estar propiciando una situación nueva que esté ocultando, en parte, la limitación de los servicios de proximidad.

No obstante, la atención al mayor discapacitado requiere unas determinadas actitudes psicosociales y una ética del sacrificio, que determinadas categorías de inmigrantes brindan y que difícilmente se encuentran en el mercado formal a través de la oferta profesional existente

Qué duda cabe que la atención continuada a una persona en situación de dependencia requiere de unas determinadas actitudes para hacer frente a la situación de cuidado. Como sabemos por numerosos trabajos, el cuidado de personas dependientes genera unas elevadas posibilidades de padecer lo que han venido en denominarse situaciones de *burnout* (estar quemado), o lo que es lo mismo, padecer una serie de síntomas tales como: abatimiento, desánimo, depresión, etc.

En la actualidad, y como analizaremos con más profundidad a lo largo de los resultados de nuestra investigación, la llegada a nuestro país de determinadas mujeres inmigrantes, con una cultura tradicional de respeto y atención a las personas mayores, como las procedentes de países latinoamericanos, proporcionan una atención al mayor, que en ocasiones, sin el desarrollo de conocimientos adecuados para atender las situaciones de cuidado, sí posibilitan, en cambio, un apoyo emocional tan necesario entre este colectivo

Finalmente, los estudios realizados (véase por ejemplo barómetro del CIS de noviembre de 2001) muestran que el recurso a la ayuda informal para el cuidado de mayores discapacitados aparece como una opción preferente, relacionada con la práctica de la autonomía residencial y el familismo típico de nuestra sociedad

En una revisión efectuada *ad hoc* para el presente trabajo, se observa cómo a lo largo del tiempo la posibilidad de ser atendido en el propio domicilio de la persona mayor dependiente, eso sí, a través de una determinada asistencia sociosanitaria, se configura como la opción preferente. Como veremos más adelante, la opción de ser atendido en el propio domicilio por una persona a la que se le pagará por realizar esta actividad alcanza una proporción del 10% de la población encuestada. Esta sería, precisamente, otra de las motivaciones que justificarían la realización del presente trabajo.

Como en numerosas ocasiones, el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, a través del Observatorio de Personas Mayores, atento a la evolución de determinados indicadores que pueden estar incidiendo en la calidad de vida de las personas de edad avanzada, se ha interesado vivamente por el tema de los cuidados a personas mayores dependientes que son atendidas por ciudadanos inmigrantes en su propio domicilio, y ha establecido un convenio de colaboración para la realización de un trabajo que explorara la realidad de esta situación en nuestro país con la Universitat de València.

Dado que las características definitorias de este fenómeno nos son desconocidas en gran medida y el alcance y límites aparecen como imprecisos, en el momento actual resulta poco útil el diseño de investigaciones basadas en muestras representativas de la población a estudiar. En contraste, proponemos una investigación de carácter exploratorio, que nos aporte una aproximación inicial a las características del fenómeno mediante sondeos de tanteo y que ayude a captar la difusión en el territorio.

Por otra parte, con el fin de identificar las posibles interrelaciones de este fenómeno con otras variables, como por ejemplo, el grado de desarrollo de los servicios sociales municipales y las prestaciones de las políticas públicas de atención a la dependencia, se propone la realización del estudio en tres comunidades autónomas diferentes. En concreto, se han seleccionado la Comunidad Valenciana, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Autónoma Vasca. En ellas encontramos una variedad significativa tanto en el grado de cobertura de los servicios sociales, como en otras características sociodemográficas (tasas y tipos de población mayor dependiente, volumen de mano de obra inmigrante, etc.).

La coordinación del trabajo corresponde, pues, a la Universitat de València, pero éste no hubiera sido posible sin un elevado número de colaboradores que en las tres comunidades autónomas seleccionadas para llevar a cabo el estudio han participado de forma encomiable en la investigación. El estudio se estructura en capítulos claramente diferenciados pero con una guía y distribución común para todos los

territorios investigados. El marco conceptual y la metodología utilizada en el estudio que se presenta en los dos primeros capítulos han sido elaborados por la Universitat de València y dirigidos por los profesores Enrique Berjano, Carles Simó y Antonio Ariño, del Departamento de Sociología y Antropología Social de esta universidad. El tercer capítulo recoge el trabajo exploratorio llevado a cabo en la Comunidad Autónoma de Madrid, y ha sido dirigido por un grupo de profesionales de reconocida solvencia en nuestro país: se trata del Colectivo IOE, perfectamente coordinado por M. A. Prada, Walter Accis y Carlos Pereda. El capítulo cuarto corresponde al trabajo exploratorio realizado en la Comunidad Autónoma Valenciana, y ha sido llevado a cabo por un excelente equipo de colaboradores bajo la coordinación de los profesores E. Berjano, C. Simó y A. Ariño. La responsabilidad de elaboración del estudio en la Comunidad Autónoma de Euskadi ha corrido a cargo del Departamento de Sociología II de la Universidad del País Vasco, y ha estado coordinado por el profesor Benjamín Tejerina de este departamento; sus resultados se recogen ampliamente en el capítulo quinto del presente volumen.

Aun a pesar de las inherentes dificultades administrativas y de organización que ha requerido la elaboración de un complejo trabajo como el que presentamos, lo cierto es que el esfuerzo no ha resultado baldío y entendemos que, en general, aporta un sólido conocimiento sobre un importante tema de emergencia social como el aquí tratado.

Enrique Berjano
Carles Simó
Antonio Ariño

Capítulo 1

*CONDICIONANTES DE LA APARICIÓN DEL FENÓMENO SOCIAL
INMIGRANTES QUE CUIDAN A MAYORES*

Enrique Berjano
Carles Simó
Antonio Ariño
Universitat de València

INTRODUCCIÓN

Como señalábamos en el preámbulo, la aparición del fenómeno social «inmigrantes que cuidan a personas mayores dependientes» se debe a una conjunción de determinadas causas de tipo social, que a nuestro entender es preciso reflexionar con cierto detenimiento. En una primera mirada al análisis del fenómeno, podríamos decir que éste es posible por dos causas: por una parte, porque el número de personas mayores que requieren una situación de dependencia aumenta de forma constante, y por otra, porque el movimiento migratorio de ciudadanos de otras latitudes hacia nuestro país se incrementa igualmente día a día. Pero esto, como podemos suponer, no resulta tan simple, y ello nos sitúa en la necesidad de exponer, en un extenso capítulo, cuáles son efectivamente, a nuestro entender, los procesos que pueden incidir en la explicación de tan complejo fenómeno.

De este modo, el epígrafe I recoge una serie de reflexiones, que están referidas al análisis de los indicadores demográficos de nuestro país, que a nuestro entender pueden influir en la aparición del fenómeno que justifica esta investigación. Así, se contempla la evolución de la población mayor en España y el proceso de envejecimiento en cada una de las CC.AA. del territorio español y de igual modo, se analiza el espectacular incremento de la esperanza de vida en relación a otros países de la CE.

El epígrafe II analiza en profundidad la situación actual de la dependencia, especialmente del número de personas mayores dependientes que pueden existir en la actualidad y que constituirían el objetivo fundamental de nuestra investigación. En este epígrafe se presentan interesantes datos obtenidos de la encuesta sobre deficiencias, discapacidades y estado de salud realizada por el INE en 1999.

El siguiente epígrafe III conforma el capítulo más amplio del presente trabajo. Pretende un análisis en profundidad, de la actual situación de cuidado con la que cuentan las personas mayores en nuestro país. A partir de un gráfico explicativo que pretende situar la actual configuración de la evolución del tipo de cuidados, tanto de tipo formal como informal, que recibe este colectivo, se analiza especialmente, la evolución de los cuidados que tradicionalmente han sido ofrecidos por las mujeres (hijas y cónyuges especialmente) y la probable evolución de este tipo de cuidados en el futuro como consecuencia de los cambios acaecidos en la estructura familiar y, especialmente, de la incorporación masiva de la mujer al mundo del trabajo.

El epígrafe IV analiza la actual situación de convivencia de los mayores en nuestro país, así como la frecuencia de relación con sus familias y las posibilidades de ayuda asistencial que pueden estar recibiendo en este momento.

Finalmente, un extenso epígrafe V intenta analizar la situación del futuro de cuidados a los mayores dependientes a través del apoyo formal. Dicho de otro modo, intenta analizar la situación actual del mercado dedicado a la atención a la dependencia en mayores. En este epígrafe, se analiza la actual situación de la inmigración en nuestro país, y cómo las situaciones de irregularidad están propiciando la aparición de un complejo mercado que abastece al margen de las instituciones a las familias que cuentan con alguna persona mayor dependiente en su ámbito familiar.

Finalmente, se ofrecen unas conclusiones que intentan sintetizar los factores que a nuestro entender justifican la aparición del fenómeno social de inmigrantes que cuidan a mayores dependientes.

1. EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Pocos son los temas específicamente demográficos que están suscitando tanto interés como el del envejecimiento de la población. Aunque únicamente afecta a los países considerados como «modernos» y «desarrollados», y en especial a Europa, esta cuestión genera una literatura muy fecunda; quizás tan fecunda como los otros grandes temas de la actualidad demográfica: el sida, las migraciones, etc. Concretamente, el envejecimiento demográfico resulta, en ojos del demógrafo, de dos procesos paralelos, el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, que habiéndose producido paralelamente y a lo largo de un período relativamente largo están contribuyendo al progresivo aumento del peso relativo de la población mayor.

En un plano más sociológico al referirnos al primero de los fenómenos, dejaríamos de hablar de la caída de los nacimientos, para intentar analizar el declive de la fecundidad de las mujeres. En este sentido, si nos sumergimos en el marco teórico de la modernización e individualización, el declive continuo de la fecundidad, hasta situarse durante un período relativamente largo bajo los niveles de reemplazo, es una consecuencia lógica de los cambios acaecidos en nuestras sociedades y que han puesto en jaque mate la tradicional visión de la sexualidad y la reproducción. Aunque nos embarquemos en el discurso del desarrollo tecnológico que sitúa el descenso de la fecundidad como el resultado de la difusión de los métodos anticonceptivos y del éxito en la planificación de la reproducción, es muy difícil escapar a la visión problemática que ofrece la realidad más actual de la fecundidad, en la que se han alcanzado niveles muy bajos, nunca antes registrados.

En lo concerniente al segundo de los fenómenos, el aumento de los años de vida, se suele recurrir a una explicación que se refiere a los enormes avances sociosanitarios y mencionar los extraordinarios resultados de nuestra salud pública, la fuerte reducción de la mortalidad infantil y juvenil hasta niveles prácticamente despreciables, que inciden en la universalización de la supervivencia y la progresiva dilatación de la vejez.

Sin embargo, se tiende a ver el envejecimiento de la población como un problema, olvidando que la universalización de la supervivencia es, sin lugar a dudas, uno de los más importantes éxitos de la humanidad. Esta visión catastrofista resulta fuertemente visible en los planteamientos que los economistas, especialmente, suelen ofrecernos sobre el «peligro» que el envejecimiento de la población supone en la continuidad de los sistemas de protección social, sistemas de pensiones, etc. Al aumentar fuertemente el peso de la población mayor dependiente, la escuálida fracción de la población activa resulta insuficiente para mantener el costo sociosanitario que generan los que no trabajan.

Nuestra óptica aquí es otra. Lejos de insistir en la problematización del fenómeno, pensamos que cabe sumergirse específicamente en el tema de los retos sociosanitarios que plantea la democratización de la vejez. Para ello, antes de atender a los temas de salud de personas mayores, presentamos un panorama descriptivo del envejecimiento demográfico en nuestro país. En primer lugar, analizamos la evolución de las magnitudes de la gente mayor en España. Posteriormente, abordamos el estudio de la estructura de la población y su evolución. En tercer lugar, nos centramos en las diferencias regionales del envejecimiento en España y en Europa. Y, finalmente, analizamos la evolución de los años de vida al nacimiento con los que han podido contar las generaciones nacidas en los últimos cien años en España.

1.1. LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

Cada vez existen más personas mayores en España. Cada vez mueren menos personas en las edades que preceden a la vejez y, en consecuencia, los años de vida aumentan gradualmente. Tal como podemos observar en la tabla que sigue, en la última centuria el ritmo de envejecimiento de la población sigue dos etapas perfectamente diferenciables. En el período 1910-1981, la población mayor en España necesita setenta años para duplicar su peso relativo (de 5,2% al 11,2%). A partir de entonces, el ritmo de envejecimiento de la población se acelera empujado por el descenso de la natalidad y el consecuente declive del peso de población infantil, y en tan sólo veintiún años (1981-2002), el peso de la población mayor aumenta del 11,2 % al 17,1%. En ese proceso parece más espectacular, si cabe, el crecimiento de la población más longeva: la población de 80 años y más pasa del 0,6% al 1,9% en el período 1910-1981, y se multiplica por dos en los veintiún años siguientes, pasando a representar del 1,9% al 4% de la población española.

TABLA 1
Evolución de la población mayor en España, 1900-2050

Año	Total España	65 y más		75 y más		80 y más	
		Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1900	18.618.086	967.754	5,2	264.023	1,4	115.365	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	292.062	1,5	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	329.196	1,5	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	411.330	1,7	177.113	0,7
1940	25.877.971	1.690.388	6,5	512.902	2,0	222.498	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	629.186	2,2	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	815.433	2,7	368.975	1,2
1970	34.040.657	3.290.673	9,7	1.109.128	3,3	523.656	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	1.577.311	4,2	725.131	1,9
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	2.200.571	5,7	1.147.868	3,0
2000	40.499.790	6.842.143	16,9	2.933.184	7,2	1.545.994	3,8
2002 ¹	41.837.894	7.169.435	17,1	3.164.920	7,6	1.683.041	4,0
2010	42.359.314	7.577.038	17,9	3.867.933	9,1	2.205.449	5,2
2020	43.378.337	8.622.336	19,9	4.140.298	9,5	2.471.835	5,7
2030	43.369.945	10.406.389	24,0	4.795.891	11,1	2.820.780	6,5
2040	42.744.320	12.443.311	29,1	5.915.505	13,8	3.389.895	7,9
2050	41.199.961	12.819.889	31,1	6.996.060	17,0	4.141.449	10,1

Fuente: Abellán A. (2002), «Indicadores demográficos», en Sancho, M. (coord), Informe 2002. Las personas mayores en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

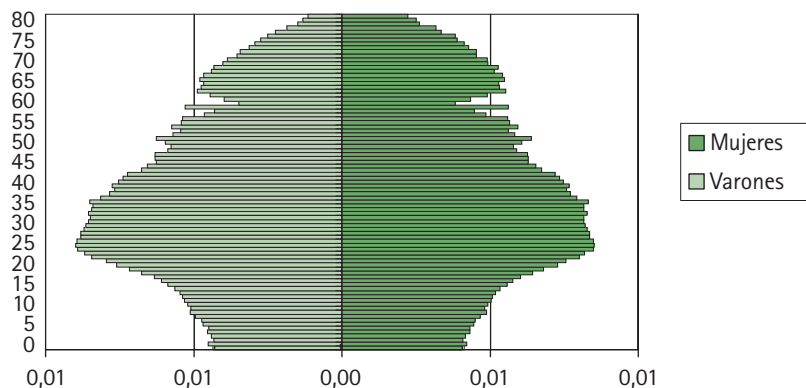
¹ Padrón de habitantes a 1 de enero del 2002, últimas cifras oficiales publicadas de la población española, INE.

La pirámide que resulta de las cifras de población más recientes de las que disponemos para el conjunto de España ilustra perfectamente la combinación de los dos fenómenos que contribuyen al envejecimiento de la población: el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad. En primer lugar

podemos señalar el crecimiento de la población en el período posterior a la Guerra Civil (población menor de 62 años). En un segundo período, desde finales de los años cincuenta hasta la segunda mitad de los años setenta, el crecimiento de la población se acelera, lo que se traduce en un fuerte aumento del peso relativo de la fracción de población 25-45 años. Finalmente, destacamos la disminución de la natalidad a partir de finales de la década de 1970 (población menor de 25 años), que hace disminuir enormemente el área de los histogramas de la gente joven en nuestro país con relación a la gente adulta y mayor. Sirvan, a modo de referencia, las siguientes magnitudes: según las últimas cifras oficiales, publicadas con la última revisión del padrón municipal, el 1 de enero de 2002, en España había un total de 1.683.041 personas de 80 años y más, lo que representa el 4% de la población. Recordemos que esta proporción en el año 2000 era de 3,8%, lo que señala que en tan sólo dos años este porcentaje se ha incrementado en dos décimas. Existen 264 personas de 80 años y más, y 1.125 personas de 65 años y más por cada 1.000 jóvenes menores de 16 años.

GRÁFICO 1

Pirámide de la población española. Padrón del 1 de enero del 2002



Fuente: INE.

La heterogeneidad regional es una de las características más importantes del envejecimiento de la población en España. La disparidad regional del peso de la población mayor en España no es en absoluto la consecuencia de una mortalidad o natalidad diferencial sino el resultado implacable de los movimientos migratorios que han vaciado regiones enteras al tiempo que han colmado otras. En la tabla que sigue se observa una enorme diferencia entre las regiones más jóvenes y las que cuentan con un mayor peso de población de 65 años y más. De cada 100 personas, solamente entre 10 y 12 tienen esas edades en Melilla, Ceuta y Canarias, mientras que en Aragón y Castilla-León son alrededor de 22 las personas que tienen 65 y más años de edad de cada 100 habitantes. La media española se sitúa en 17 personas mayores por cada 100 habitantes, y las comunidades más cercanas a esta media son la Comunidad Valenciana, el País Vasco, Cataluña, Madrid y Baleares. Por otro lado, en lo referente al diferente peso entre hombres y mujeres mayores, la relación de masculinidad muestra una variación regional mucho menor. Ésta se sitúa entre los 67 hombres mayores por cada 100 mujeres mayores en Madrid y los 79 hombres por cada 100 mujeres de esa misma edad en Castilla-La Mancha.

TABLA 2

Población mayor de 65 años según sexo por comunidades autónomas, 2002

Comunidad autónoma	Total	%	Varones	Mujeres	Número de varones por cada 100 mujeres
Melilla	6.907	10,4	2.837	4.070	70
Ceuta	7.871	10,5	3.291	4.580	72
Canarias	199.887	11,6	86.688	113.200	77
Andalucía	1.045.871	14,2	441.733	604.137	73
Murcia	166.272	14,5	71.346	94.927	75
Baleares	125.110	14,8	53.104	72.006	74
Madrid	772.726	14,8	308.870	463.855	67
Comunidad Valenciana	682.836	16,6	290.526	392.310	74
País Vasco	361.568	17,2	150.136	211.431	71
Cataluña	1.085.706	17,3	450.610	635.097	71
Navarra	99.035	18,2	42.139	56.895	74
Extremadura	201.100	18,8	85.990	115.111	75
Cantabria	101.182	19,0	41.882	59.359	71
La Rioja	51.588	19,5	22.379	29.209	77
Castilla-La Mancha	339.890	19,6	150.309	189.582	79
Galicia	555.074	20,3	226.977	328.098	69
Asturias	230.687	21,4	94.446	136.241	69
Aragón	256.078	21,5	111.205	144.878	77
Castilla y León	552.751	22,3	238.598	314.154	76
España	6.842.142	16,9	2.873.004	3.969.138	72

Fuente: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2000. Datos nacionales, por CC.AA. y por provincias, INE, 2002

1.2. EL ENVEJECIMIENTO EN LA UE

Los países más envejecidos de la Unión Europea en el año 2000 eran, por este orden, Italia, Suecia, Grecia, España, Bélgica y Alemania. En este orden influyen, en primer lugar, las diferencias temporales en el descenso de la natalidad, y en segundo lugar los también diferentes movimientos migratorios. La proyección de las condiciones actuales a veinte años vista conducen a un retroceso de la posición de España en lo concerniente al peso de la población mayor en el seno de la Unión Europea, como consecuencia del más rápido envejecimiento de Austria, Grecia, Alemania, Finlandia, Suecia e Italia, países que iniciaron el descenso de la natalidad antes y que lo hicieron de forma más o menos dramática.

TABLA 3

Población de 65 años y más. Estimaciones 2000–2020. Países de la Unión Europea

	2000			2020	
	Absoluto (*)	%		Absoluto (*)	%
Irlanda	423,8	11,2	Irlanda	655,2	14,8
Países Bajos	2.152,4	13,6	Luxemburgo	86,8	17,8
Luxemburgo	62,5	14,7	Portugal (I)	1.897,8	18,0
Dinamarca	790,4	14,8	Países Bajos	3.219,7	18,4
Finlandia	765,5	14,8	Dinamarca	1.081,4	18,8
Portugal (I)	1.535,2	15,3	Reino Unido	12.038,0	19,0
Austria	1.254,9	15,5	Francia	12.010,3	19,6
Reino Unido	9.311,0	15,6	Bélgica	2.051,3	19,8
Francia	9.413,4	16,0	España	7.803,0	19,8
Alemania	13.654,1	16,7	Austria	1.660,4	20,0
Bélgica	1.709,8	16,7	Grecia (I)	2.297	21,3
España	6.589,0	16,7	Alemania	17.387,5	21,7
Grecia (I)	1.819,2	17,3	Finlandia	1.176,4	22,2
Suecia	1.536,9	17,3	Suecia	2.050,4	22,2
Italia	10.370,5	18,0	Italia	13.714,0	23,6
Total UE-15	61.388,8	16,3	Total UE-15	79.129,1	20,6

Fuente: Abellán, A., en Informe 2002. Observatorio de Personas Mayores, Imserso, Madrid, vol. I, pp. 4. Eurostat: Statistiques sociales européennes. Luxembourg, 2001; 174 p.; Tabla 1-5, p. 130

(*) Las cifras se expresan en miles.

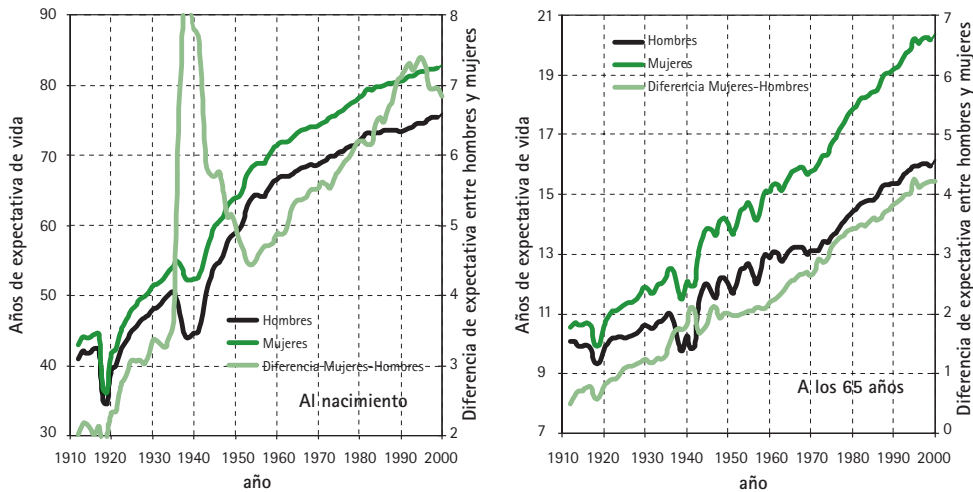
(I) Escenario de base en la proyección de Eurostat, 2000. Puede haber disparidades con otras fuentes.

1.3. LA ESPERANZA DE VIDA

Con la entrada del siglo xx se inicia un aumento histórico de la esperanza de vida, como resultado del fuerte descenso de las defunciones por causas infecciosas. Según los datos históricos de que disponemos, este aumento de los años de vida de las generaciones no tiene precedente. Con las únicas excepciones de los períodos de la epidemia de gripe de 1918 y de la Guerra Civil, la línea ascendente dibuja una fuerte pendiente hasta la segunda mitad del pasado siglo; y aunque a partir de entonces se desacelera, el crecimiento todavía no se ha parado. Así, de los 40 y escasos años de vida con que contaban los individuos al nacer en las primeras décadas del siglo anterior se ha pasado a los 83 años para las mujeres y a los 76 años para los hombres. Como puede observarse en la siguiente ilustración, el aumento de la esperanza de vida es más favorable para las mujeres que para los hombres y esta diferencia ha aumentado a lo largo del tiempo hasta situarse en los siete años más de vida de los que disfrutaban las mujeres con respecto a los hombres. En este crecimiento de la esperanza de vida interviene en primer lugar el gradual proceso de democratización de la supervivencia (cada vez más individuos sobreviven hasta las edades de la vejez), y en segundo lugar el aumento de la longevidad (cada vez se alcanzan con más frecuencia edades longevas).

GRÁFICO 2

Esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años. España, 1910-2000



Fuente: Solsona, Montse, y Viciano, Fran (en prensa), «Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio», en Borrell, Carme (ed.): Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración (SESPAS), 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social, Gaceta Sanitaria.

En el gráfico 3 presentamos la evolución de la esperanza de vida en el conjunto del país y en las tres comunidades autónomas que forman parte de nuestro estudio. Las diferencias entre los cuatro territorios llegan a alcanzar los dos años. La Comunidad Valenciana registra una esperanza de vida más baja que la española tanto para los hombres como para las mujeres. Por otro lado, la Comunidad de Madrid disfruta de una mayor esperanza de vida que el resto de España para los dos sexos. Finalmente, las mujeres vascas tienen una esperanza de vida mayor que la media española mientras que los hombres disfrutan de menos años de esperanza de vida que sus congéneres en el resto de España.

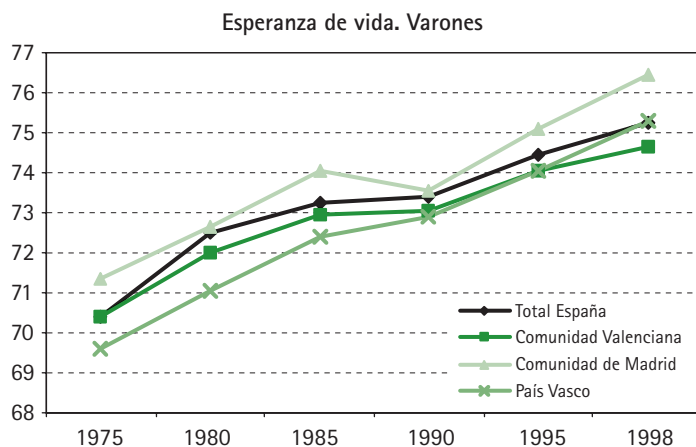
2. ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

Directamente relacionado, aunque no de forma exclusiva con el incremento de la edad de las personas, nos encontramos con el concepto de dependencia en personas mayores. Como se ha puesto de manifiesto en repetidas ocasiones, el incremento de la dependencia en mayores constituye en la actualidad un reto de costes incalculables para el Estado y un desafío constante para los políticos que tienen que hacer frente a esta situación.

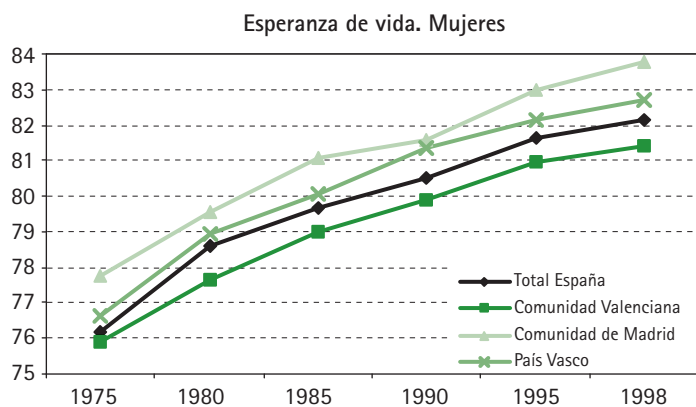
El término «dependencia», especialmente referido a personas mayores, es un constructo que ha sido frecuentemente aludido por diferentes instituciones. Ya en 1997, la Organización Mundial de la Salud en su clasificación internacional de deficiencias, actividades y participación, definía la dependencia como: «La restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal; entre las actividades observadas se encuentran las actividades de la vida diaria».

GRÁFICO 3

Esperanza de vida por sexo. España, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid y Comunidad Autónoma Vasca. Evolución 1975-1998



Fuente: INE.



Fuente: INE.

(asearse, vestirse, comer y beber y cuidar del propio bienestar), preparar la comida y cuidar de la vivienda, así como participar en la movilidad».

Un año más tarde, el Consejo de Europa (1998) hace referencia a «el estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria».

Más recientemente, el Defensor del Pueblo (2000) señala el término dependencia aludiendo a «la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana» (pág. 63).

Todavía en fechas más recientes, y en un intento de ampliar el concepto de dependencia referido a personas mayores, nos encontramos de nuevo con una definición del Consejo de Europa (O'Shea, 2003) en donde se apunta el siguiente concepto: «Dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades de la vida diarias. La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores».

Unido a estas variadas definiciones terminológicas, nos encontramos todavía con una dificultad añadida. Se trata de la compleja diferencia, que en nuestra opinión no aclara demasiado la situación de los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía. Así, la OMS hace referencia al término «deficiencia» cuando alude a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema cualquiera que sea su causa; en principio las deficiencias representarían pues, trastornos a nivel de órganos. Por su parte, esta institución define a su vez las «discapacidades» como consecuencias de las deficiencias desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan por tanto trastornos a nivel de la persona.

Por nuestra parte, haremos referencia al término discapacidad, para señalar las dificultades que pueden afectar a una persona de edad avanzada, para hacer frente de forma adecuada a las actividades de la vida diaria, de tal forma, que den lugar a una situación que requiera de la ayuda de otras personas, para lograr o alcanzar una mínima calidad de vida.

2.1. EL ESTADO DE SALUD

Como oportunamente señalan algunos autores (Casado y López, 2001; Abellán, 2002), el hecho de ser dependiente viene determinado por otros factores además de la edad como son el nivel educativo y el estado de salud.

En el tema de la valoración de la salud el diagnóstico del profesional es importante, como también lo es la percepción subjetiva del individuo. Con la edad la salud se va deteriorando y esto tiene su particular plasmación en la autovaloración que hacen los mayores de su propia salud, que en muchas ocasiones no tiene por qué coincidir con la evaluación del estado de salud que pudiera elaborar un médico. Para conocer cómo percibe su salud la población mayor nos hemos acercado a la media de los valores de muy bueno a muy malo en una escala de 1 a 5. La tabla siguiente representa las medias y las desviaciones típicas de la puntuación sobre la propia salud para diferentes grupos de edad de la población mayor y para hombres y mujeres separadamente. La autovaloración media de la salud de nuestra gente mayor se sitúa entre «buena» y «regular» a todas las edades, aunque con la edad empeora débilmente. Las mujeres se perciben con peor «salud» comparadas con los hombres, si bien las diferencias tampoco son sustanciales.

La representación en porcentajes de las diferentes autovaloraciones de estados de salud resalta las diferencias de género y las diferencias de edad. La distribución de los estados de salud sigue una forma esperada los histogramas correspondientes a los estados de salud bueno y regular son los de mayor peso, y a medida que se entra en las edades más avanzadas, se percibe un desplazamiento de la izquier-

TABLA 4

Autovaloración¹ del estado de salud entre los mayores.
Media y desviación típica por edad y sexo.

Grupos de edad	Hombres		Mujeres	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
de 65 a 74 años	2,54	0,7657	2,72	0,7872
de 75 a 84 años	2,68	0,8246	2,84	0,8475
de 85 y más años	2,77	0,9266	2,99	0,9363

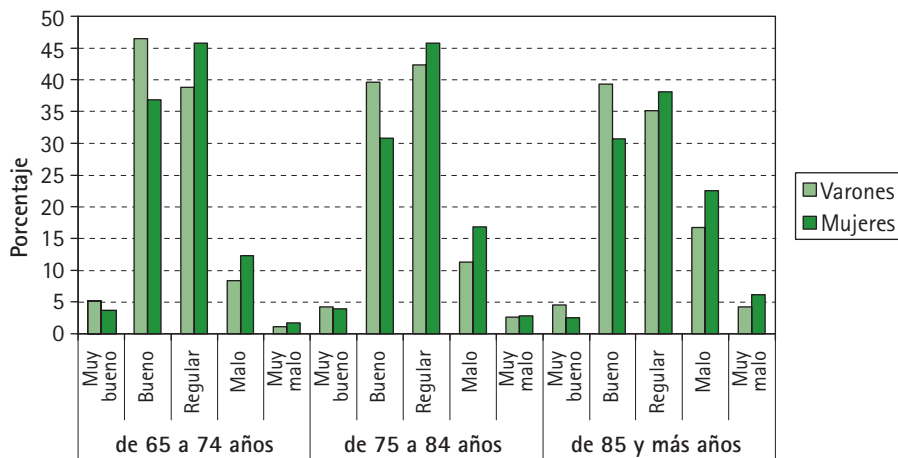
¹ La codificación de los estados de salud es: 1 muy bueno, 2 bueno, 3 regular, 4 malo, 5 muy malo.

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999, INE, 2000.

da a derecha, es decir desde la autovaloración de un buen estado de salud hacia un mal estado de salud. Los hombres contribuyen a un mayor porcentaje de respuestas favorables que las mujeres, y la mayor diferencia se encuentra en la respuesta. De forma muy significativa, ellos son mucho más numerosos que ellas en la autovaloración de «buena salud». Con la edad, las autovaloraciones de estado de salud «muy malo» crecen de forma poco significativa, sin embargo el porcentaje de hombres y mujeres que consideran padecer un estado de salud «malo» es el que más crece a medida que se avanza en edad.

GRÁFICO 4

Autovaloración del estado de salud en la población de 65 años y más



Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999, INE, 2000.

2.2. LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ESPAÑA

El interés por conocer el estado de salud de nuestros mayores ha crecido en paralelo con el progresivo aumento de la población mayor en España. La mayor preocupación consiste en estimar hasta qué punto

los años de vida que se han venido ganando recientemente y la tendencia hacia una mayor supervivencia en las edades de la vejez, repercuten, como es deseable, en una dilatación de la vida en condiciones de buena salud. De este interés deriva un primer objetivo específico: estimar el número de personas que sufren algún tipo de discapacidad entre la gente mayor.

TABLA 5
Diferentes estimaciones de personas mayores dependientes en España

Autores	Fuente	Medición	Observaciones
1. Pérez Díaz, J.	Encuesta discapacidades 1986	1.077.989	Personas con alguna minusvalía
2. Morán (1999)	ENS 1993	1.943.373	641.120 son dependientes graves
3. Defensor del Pueblo) (2000	IMSERSO-CIS estudio 2072, 1993	1.500.000	
4. UNESPA (2000)	1998	954.167 a 1.276.953	
5. Casado y López	IMSERSO-CIS encuesta Soledad, 1998	2,1 a 2,3 millones	34,2 de los mayores; dependencia amplia
6. Abellán y Puga (2001)	IMSERSO-CIS encuesta Soledad, 1998	2.257.966	Cálculo con los mismos criterios de Abellán y Puga, ENS 1997; 16% grave
7. Abellán y Puga (2001)	ENS 1997	2.099.884	Personas con problemas en actividades; 33,5% de los mayores (20,7 leve)
8. INE (2001)	Encuesta discapacidades, 1999	2.072.652	Personas con alguna discapacidad; 32,2% de los mayores
9. INE (2001)	Encuesta discapacidades, 1999	1.423.962	Personas con problemas para actividades de la vida diaria (13 ítems)
10. Abellán y Puga (2002)	ENS 1997	1.691.799	26,0 % de los mayores (12,4% es moderada-grave); nueva evaluación de limitaciones para actividades

Fuente: Abellán, A, «Longevidad y estado de salud», en Informe 2002, Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO, Madrid, v. I, p. 122

Como se puede observar, el cálculo de las personas mayores discapacitadas no ha sido tarea fácil y las estimaciones para un mismo período pueden variar sustancialmente. A través del análisis de diez trabajos que en nuestro país intentan realizar una aproximación al número de personas mayores afectadas por algún problema de discapacidad, Abellán (2002) muestra que éste varía según los criterios de dependencia que se utilicen, y todo parece indicar que con el tiempo también va en aumento: desde los 1.077.989 que apunta el trabajo de J. Pérez Díaz a partir de la encuesta de salud de 1986, hasta los 2.072.652 que se estiman en 1999 con la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (INE, 2000).

2.3. ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDAD

El Instituto Nacional de Estadística elaboró en 1999 la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. Se trata de una gran operación estadística dirigida a la población residente de España, que busca informar sobre la discapacidad, la dependencia, el estado de salud y el envejecimiento de la población. En el estudio se ha puesto un especial énfasis en los aspectos sociosanitarios de la discapacidad y la dependencia, como son el tipo de discapacidad, las ayudas de otra persona, las características de los cuidadores y el grado de severidad de las discapacidades, etc. Con la campaña de la encuesta se pasaron cinco cuestionarios, a partir de los cuales se han construido los cinco ficheros de microdatos que constituyen la encuesta: 1) el de hogares (70.500 hogares), 2) el de personas (218.185), 3) el de salud (69.555 personas), 4) el de discapacidades (20.224 personas), y 5) el de personas que han sido internadas en establecimientos colectivos (1.183). El estudio abarca toda la estructura de edades, aunque se concentra especialmente en las personas mayores como consecuencia del proceso de envejecimiento de la población.

En esta encuesta se ha puesto un especial énfasis en los aspectos más determinantes de la dependencia, como son las ayudas de otra persona, las características de los cuidadores y el grado de severidad de las discapacidades. En el momento actual esta es la única fuente estadística española disponible para explotación de microdatos individuales sobre salud y discapacidad. Además, la magnitud de su muestra permite un análisis exploratorio con desagregación territorial a nivel provincial, lo cual nos garantiza la comparabilidad entre comunidades autónomas.

Como se observa en la siguiente tabla, en España la prevalencia de la discapacidad entre los mayores presenta una notable heterogeneidad regional que afecta de una a dos personas entre nuestros mayores (de 65 años y más). Las proporciones varían entre los 239 discapacitados por mil habitantes del País Vasco y de La Rioja, y los más de 400 discapacitados por mil habitantes de Murcia. Las tres comunidades estudiadas se sitúan por debajo de la media española: Madrid registra una proporción de 263 discapacitados por mil habitantes (proporción un poco mayor que la de Baleares), mientras que por cada mil valencianos de 65 años y más, 300 se encuentran discapacitados (una prevalencia mayor que las registradas en Aragón, Canarias, Navarra y Asturias). Por encima de la media española, 322 discapacitados por mil habitantes de 65 años y más, se encuentran Galicia, Cataluña, las dos Castillas, Extremadura y Andalucía, seguida de la región de Murcia.

TABLA 6

Personas de 65 y más años con discapacidades por comunidades autónomas

	Población total de 65 y más años	Personas con discapacidades	Prevalencia de la discapacidad por 1.000 habitantes de 65 y más años
País Vasco	337.296	80.693	239,24
La Rioja	48.441	8.877	239,24
Baleares		114.364	29.684
Madrid		751.468	197.804
Aragón		240.635	64.548
			269,24

TABLA 6 (continuación)

Canarias	190.607	51.891	272,24
Navarra	90.789	26.114	287,75
Asturias	212.760	63.776	299,75
Comunidad Valenciana	625.404	187.954	300,53
Cantabria	94.342	29.748	315,32
Galicia	520.028	168.620	324,25
Cataluña	1.033.387	339.553	328,58
Castilla-La Mancha	317.647	107.881	339,62
Extremadura	188.044	67.189	357,30
Ceuta y Melilla	16.152	5.831	360,99
Castilla y León	512.714	191.087	372,70
Andalucía	985.946	388.837	394,38
Murcia	154.500	62.558	404,90
TOTAL	6.434.524	2.072.652	322,11

Fuente: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999, INE, 2001. Revisión de las Proyecciones de Población en base al Censo de Población de 1991, a 15 de mayo de 1999.

Veamos ahora la magnitud del problema de la discapacidad a medida que las personas mayores cumplen años. Las personas que sufren alguna discapacidad alcanzan a representar el 32% entre el sector de población de 65 y más años de edad; es decir, son un poco más de dos millones sobre un total de casi 6,5 millones, las personas que requieren ayuda o asistencia debido a que padecen algún tipo de discapacidad. Por edades, el número de personas con discapacidad crece de forma importante desde los 65-69 hasta los 75-79, y a partir de esta edad disminuye. Como hemos resaltado a lo largo de este estudio, el número de personas con alguna discapacidad es mucho más importante entre las mujeres que entre los hombres, y, en consecuencia, cabe esperar una mayor demanda de ayuda entre las mujeres.

TABLA 7

Personas de 65 y más años con discapacidades según edad y sexo

Edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
65-69 años	386.338	161.083	225.255
70-74 años	457.269	168.643	288.626
75-79 años	476.926	172.670	304.256
80-84 años	370.701	120.382	250.319
85 y más años	381.419	111.031	270.388
65 años y más	2.072.653	733.809	1.338.844

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999, INE, 2001.

Si a mayor edad peor es la valoración de la propia salud, a mayor edad también es mayor la discapacidad. Es decir, con el paso de los años la discapacidad se hace más severa y mayor es la erosión de la autonomía personal. Pero además, con el envejecimiento de las generaciones aumenta también el peso relativo de los discapacitados entre la población. Esta segunda dimensión es la que pretendemos captar con el siguiente gráfico. Los histogramas nos informan de que a partir de los 65 años el peso relativo de la discapacidad aumenta un poco menos del 20 % con el envejecimiento de las generaciones: un poco más de una persona de cada cinco nacidas durante el período 1925-1934 sufre alguna discapacidad (edades 65-74 años), entre las personas nacidas durante los diez años anteriores la discapacidad alcanza a un poco más de dos de cada cinco personas (75-84 años de edad) y, finalmente, más de tres personas de cada cinco sufren alguna discapacidad entre las generaciones nacidas antes de 1910. Este gráfico nos informa también de que entre las mujeres la discapacidad es más común que entre los hombres.

TABLA 8

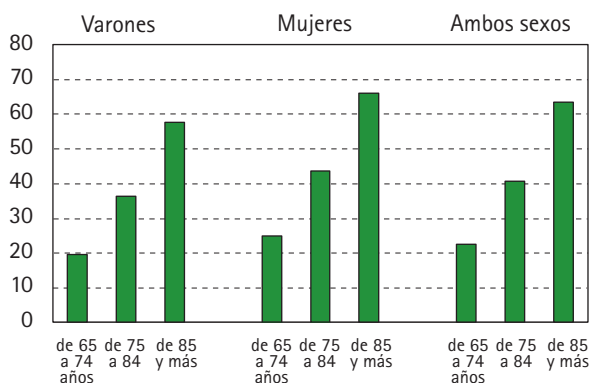
Personas mayores con discapacidad. Proporción de discapacitados por mil habitantes

Edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
65-69 años	190,4	170,9	207,2
70-74 años	263,9	219,5	299,4
75-79 años	368,7	325,1	399,1
80-84 años	474,9	428,9	500,7
85 y más años	636,2	591,6	656,5

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999, INE, 2001.

GRÁFICO 5

Porcentaje de hombres y mujeres de 65 años y más con alguna discapacidad, por grupos de edad



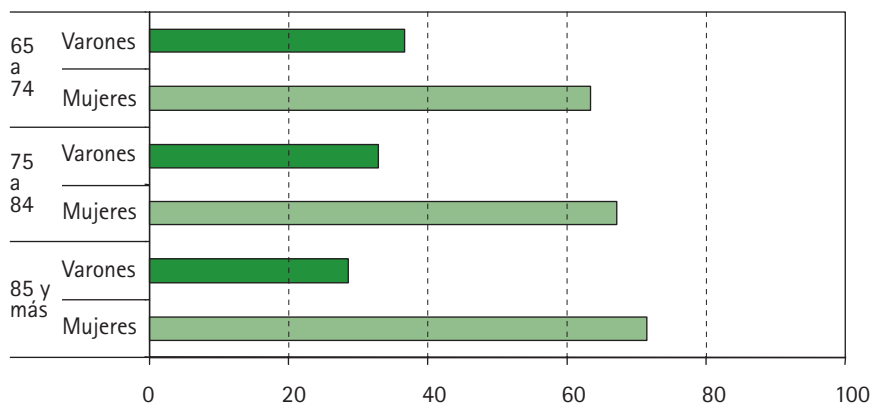
El gráfico refleja mucho mejor esta cuestión. En él se expresa qué porcentaje hay de hombres y de mujeres entre las personas discapacitadas de 65 y más años de edad. El gráfico se hace eco de la progresiva feminización de la discapacidad a edades avanzadas. Entre las personas con discapacidad nacidas durante el período 1925-1934 (edades 65-74 años), un poco menos de la mitad son mujeres; entre las personas dis-

capacitadas nacidas en los años 1910-1924 (75-84 años), la mitad son mujeres, y entre las personas con discapacidad y nacidas antes de 1910, por cada cien hombres encontramos 250 mujeres. Esta feminización de la discapacidad resulta del efecto combinado de una esperanza de vida más dilatada para ellas comparada con la de los hombres y de una mayor presencia de la discapacidad entre las mujeres, aunque como hemos visto anteriormente (con el porcentaje de hombres y mujeres mayores con alguna discapacidad) la diferencia de la proporción de discapacitados favorable a los hombres disminuye considerablemente en el grupo de generaciones más antiguas. Con lo que podríamos avanzar, que los años de vida que han ganado las mujeres de estas generaciones con respecto a los hombres son años de vida en discapacidad. Sin duda es de esperar que los mayores del futuro, las generaciones que habrán extendido su biografía a lo largo de períodos históricos más estables, disfruten de mejores condiciones de salud. Pero de momento, cabe resaltar aquí que la diferencia de efectivos entre hombres y mujeres discapacitados es muy importante a partir de los 65 años y que ésta se acrecienta con las edades más avanzadas.

Si asumimos que la prevalencia de la discapacidad en la gente mayor es constante en el tiempo y sólo es función de la edad podemos estimar el número de discapacitados que encontraríamos en las diferentes proyecciones de población. Es imprescindible mencionar aquí que la hipótesis de discapacitación constante en el tiempo es débil por cuanto presupone que las dificultades vividas durante ciertos períodos históricos no repercuten más negativamente en la incidencia de la discapacidad de las generaciones más antiguas en comparación con las más jóvenes. Nada más lejos de la realidad por lo que se refiere a la historia de la población española a lo largo del siglo xx. En otro orden de cosas, es difícil aceptar, tal como supone la asunción de discapacidad constante en el tiempo, que los avances de la salud preventiva no estén actualmente contribuyendo a una reducción de la discapacitación a todas las edades. Sirva pues este ejercicio para avanzar qué podría suceder en la población española si se mantuvieran constantes las prevalencias de discapacidad.

GRÁFICO 6

Personas mayores con discapacidad por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, INE.

La tabla siguiente presenta las personas con discapacidad en tramos de edad de 65 y más años, 75 y más años y 80 y más años utilizando la población proyectada por la Encuesta sobre Discapacidades, Defi-

ciencias y Estado de Salud y el número de efectivos con discapacidad. Utilizamos también las cifras oficiales de la población española según el padrón a 1 de enero del 2002 y las proyecciones de población para las cinco primeras décadas del siglo XXI (véase primera parte de este capítulo). El resultado de dicho ejercicio nos muestra que la proporción de gente mayor con discapacidad podría aumentar de 10,33% en 1999 hasta el 23,30% de la población total en 2050 como consecuencia del envejecimiento de la población, en el caso del mantenimiento de las prevalencias de la discapacidad.

TABLA 9

Proyección de las personas con discapacidad. Asunción de prevalencia constante (1999).

Año	Población total			Población con discapacidad				% disc. 65 y más sobre pobl.
	Total España	65 y más	75 y más	80 y más	65 y más	75 y más	80 y más	
1999	39.247.010	6.435.644	2.673.822	1.380.288	2.072.652	1.229.045	752.119	10,33%
2002	41.837.894	7.169.435	3.164.920	1.683.041	2.308.975	1.454.782	917.089	11,19%
2010	42.359.314	7.577.038	3.867.933	2.205.449	2.440.247	1.777.928	1.201.749	12,80%
2020	43.378.337	8.622.336	4.140.298	2.471.835	2.776.894	1.903.123	1.346.903	13,89%
2030	43.369.945	10.406.389	4.795.891	2.820.780	3.351.463	2.204.472	1.537.043	16,35%
2040	42.744.320	12.443.311	5.915.505	3.389.895	4.007.470	2.719.112	1.847.154	20,06%
2050	41.199.961	12.819.889	6.996.060	4.141.449	4.128.750	3.215.798	2.256.676	23,30%

2.4. TIPOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD EN MAYORES DE 65 AÑOS

Un aspecto que interesa conocer es el número de personas afectadas por alguna discapacidad, en función de los distintos tipos de discapacidades que han sido recogidas en la encuesta llevada a cabo por el INE.

TABLA 10

Personas de 65 y más años con discapacidad según los grupos de discapacidades

	Personas con discapacidad	Tasa por mil habitantes de 65 y más años
TOTAL	2.072.652	322,11
Ver	597.778	108,44
Oír	655.479	103,42
Comunicarse	180.264	28,02
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	335.426	52,13
Desplazarse	809.383	125,79
Utilizar brazos y manos	644.887	100,22
Desplazarse fuera del hogar	1.352.194	210,15
Cuidar de sí mismo	561.830	87,31
Realizar las tareas del hogar	984.881	153,06
Relacionarse con otras personas	338.519	52,61

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999, INE, 2001.

Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.

Por cuanto se refiere a los objetivos del presente estudio, señalar que el 65% de las personas de 65 y más años con alguna discapacidad padecen al menos una del grupo «Desplazarse fuera del hogar», y que el segundo grupo de discapacidades que afecta a más personas es el de «Realizar tareas del hogar». Quiere esto significar que un elevado porcentaje de personas de 65 años y más en nuestro país necesitan del concurso de otra persona para poder desarrollar estas actividades básicas de la vida diaria.

TABLA 11

Distribución de las discapacidades en grupos en personas de 65 y más años

	Porcentajes
Ver	7,49
Oír	5,71
Comunicarse	2,19
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	5,59
Desplazarse	11,83
Utilizar brazos y manos	9,20
Desplazarse fuera del hogar	18,84
Cuidar de sí mismo	9,45
Realizar las tareas del hogar	25,21
Relacionarse con otras personas	4,48

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud, 1999/2001, INE.

Nota: Cuando una persona padece más de una discapacidad de un mismo grupo, se contabilizan todas.

Al considerar el número total de discapacidades, el grupo más importante es el relativo a «Realizar tareas domésticas», con el 25,21% de las discapacidades. El segundo grupo en importancia es el de «Desplazarse fuera del hogar», 18,84%. Esta circunstancia nos proporciona también un buen indicador sobre el elevado número de personas de 65 y más años que necesariamente tienen que contar con el concurso de otra persona para llevar a cabo estas actividades básicas de la vida diaria.

2.5. EXPECTATIVAS DE CUIDADO POR PARTE DEL MAYOR

Un elemento que nos parece fundamental a la hora de analizar la dependencia en personas mayores, es la expectativa de cuidados que tiene la población en el caso de tener que padecer una situación de este tipo. El análisis de este indicador nos permitirá, por otra parte, introducirnos en un subepígrafe que consideramos como de los más importantes de nuestro trabajo. Se trata del punto que sigue a continuación y que hemos rotulado como «La provisión de cuidados en la dependencia en mayores».

Como podemos observar en la tabla 12, este tema ha sido indagado en sucesivas ocasiones por el CIS, y ello nos permite conocer la expectativa de cuidados en un proceso de evolución desde el año 1998 al 2002.

TABLA 12

Expectativas de cuidados ante una futura situación de dependencia

	1 Junio 98	2 Enero 02
En su propia casa, adaptándola a las necesidades que se pueden presentar con la edad y recibiendo servicios sociosanitarios de apoyo	46	66.7
En su propia casa recibiendo ayuda de una persona a la que pagará para que le preste ayuda	17	9.9
En una residencia	9	4.4
En una urbanización o ciudad residencial para mayores que le proporcione los servicios sociosanitarios de apoyo que sean necesarios	8	9.9
En su propia casa y recibiendo ayuda de amigos/as, vecinos/as, o voluntarios/as de Cáritas, Cruz Roja, etc.	4	1.9
Ofreciendo alojamiento y comida a un/a estudiante a cambio de la ayuda que le puede prestar	3	1.0
Compartiendo casa con amigos/as o conocidos, practicando la ayuda mutua	3	1.2
En una vivienda compartida con otras personas de su misma edad e intereses y recibiendo servicios de apoyo sociosanitario	2	1.7
NS/NC	8	3.2
N	(2.495)	(2.496)

1. Estudio CIS 2.291, junio 1998, «Acerca de las personas mayores».

2. CIS, Avance de resultados del Barómetro de noviembre 2001 (Estudio 2439), enero de 2002.

Como podemos observar en la tabla anterior, las expectativas de cuidado de la población han ido evolucionando de forma progresiva hacia la solicitud de ser atendidos en el propio domicilio, recibiendo servicios sociosanitarios de apoyo, y así, mientras que en 1998 esta respuesta era del 46%, en fechas más recientes (noviembre de 2001), esta cifra se eleva al 66,7%. Como podemos observar, una segunda elección de respuesta se refiere a la posibilidad de mantenerse igualmente en el propio domicilio pero atendido por alguna persona a la que pagaría para que le preste ayuda. Como se observa, esta segunda opción ha perdido adeptos en beneficio de la solicitud de servicios públicos, pero de cualquier modo, podría ayudar a explicar, el creciente número de inmigrantes (muchas veces en situación irregular), que se encuentran desarrollando en la actualidad la actividad de cuidado de mayores dependientes. Finalmente, una opción que va perdiendo progresivamente credibilidad se refiere a la posibilidad de elegir una residencia para ser atendido en el futuro. Como vemos, esta opción ha pasado del 9% al 4,4% en tan sólo tres años.

Así pues, la opción de futuro elegida por la mayoría de la población sigue siendo la atención en el propio domicilio. A continuación, analizaremos con un poco más de detenimiento, quién o quiénes son en la actualidad las instituciones y, especialmente, las personas encargadas de este tipo de cuidados.

3. LA PROVISIÓN DE CUIDADOS EN LA DEPENDENCIA EN MAYORES

Como señalábamos en la introducción de este trabajo, el presente epígrafe conforma el capítulo más destacado del mismo. En el mismo tratamos de establecer la situación real de los cuidados a las personas mayores dependientes en nuestro país, a través del análisis de una serie de indicadores que intentan explicar los diferentes tipos de apoyo que pueden tener las personas dependientes, estructurado a través de dos subepígrafes bien diferenciados: por una parte, el que corresponde a los cuidados de tipo formal, es decir a los que provienen de las diferentes instituciones que conforman el entramado de los recursos sociosanitarios en la atención a las personas dependientes, y por otra, los que proceden del denominado «apoyo informal», que es el que prestan la familia, los amigos y determinadas asociaciones dedicadas en su actuación a mejorar las condiciones de vida de este colectivo.

La crisis en el cuidado del apoyo informal, que es especialmente prestado por la familia, nos han sugerido la introducción de un nuevo subepígrafe dedicado especialmente a los cambios en la estructura familiar, especialmente por cuanto se refiere a la incorporación al mundo del trabajo por parte de la mujer, tradicionalmente, la responsable por excelencia, del cuidado de la educación de los niños y de la atención a las personas mayores en el hogar.

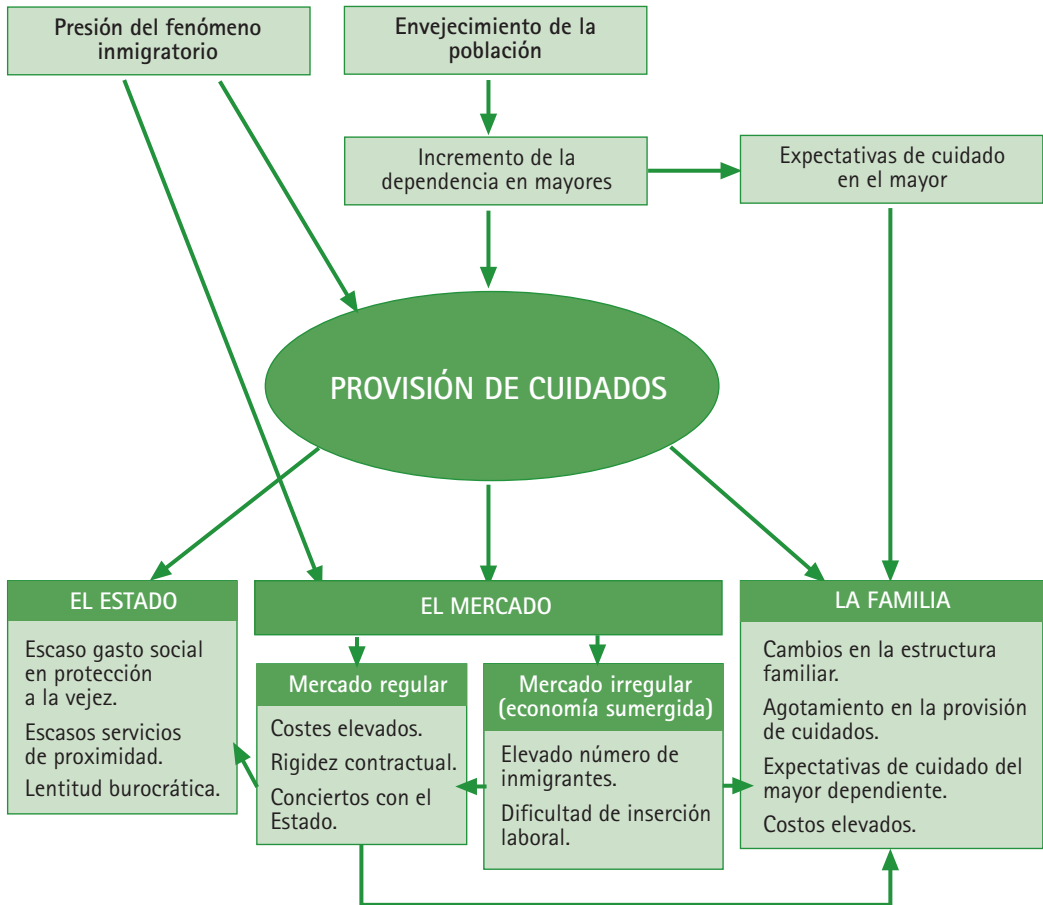
Como veremos en las páginas que conforman este apartado, la actitud de los cuidados familiares a las personas mayores dependientes, está modificando de forma considerable, la aparición de un nuevo recurso en nuestra sociedad, como es el cuidado de los mayores dependientes por parte de ciudadanos inmigrantes. Como señalaba en fechas recientes E. Arnedo y otras destacadas sociólogas de nuestro país (*El País*, 9 de noviembre de 2002), «no basta un poco de solidaridad entre hombres y mujeres: ha llegado la hora de exigir un pacto colectivo de solidaridad social para ayudarnos entre todos a ayudar a los que lo necesitan. Ya sabemos a lo que conduce el que cada uno se las apañe como pueda: solamente se las apañan unos pocos. No es sólo un problema de recursos, es sobre todo un problema de modelo social y de soluciones políticas imaginativas, que no imaginarias o de simple propaganda. Y es que probablemente, esta sea la última generación de mujeres dispuestas a cubrir con el sacrificio de sus proyectos vitales individuales la intolerable carencia de servicios sociales. La formación de jóvenes de hoy no contempla ya, ni lo hará nunca más, un proyecto de vida basado en la tradicional cultura femenina de la abnegación. Esta situación no da más de sí».

Por su parte, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2000) apunta una serie de cuestiones que influyen considerablemente en la provisión futura de cuidados en la vejez. Éstos son: la reducción progresiva del tamaño de las viviendas, y sobre todo, las grandes transformaciones ocurridas en los modelos de familia y que sumariamente se concretan en:

- Pérdida de la concepción familiar como institución permanente.
- Movilidad geográfica de los distintos miembros de la familia.
- Variedad de modelos coexistentes (personas que viven solas, familias monoparentales, uniones de hecho).
- Democratización de las relaciones intergeneracionales y entre los miembros de la pareja.

- Permanencia de los hijos/as en la casa familiar hasta edades que llegan a superar los treinta años.
- Incremento progresivo de la esperanza de vida y del número de personas mayores que necesitan cuidados permanentes.
- Cambios profundos en la posición social de las mujeres, y por ende, en su rol dentro de la familia (p. 81).

Factores condicionantes de la aparición del fenómeno social «Inmigrantes que cuidan a mayores»



En este mismo monográfico, se alude a la crisis del apoyo informal en idéntico sentido: hay que añadir además la configuración de los cuidados de larga duración como nueva necesidad social, que son (p. 83):

- Cada vez existen más personas mayores con problemas de dependencia que demandan cuidados de larga duración, de gran intensidad y durante dilatados períodos de tiempo.

- Estos cuidados todavía se siguen prestando fundamentalmente en el contexto familiar, sobre todo por mujeres y con un gran predominio de las hijas.
- La transitoriedad del perfil actual de la persona cuidadora es evidente.
- Las atenciones que precisan las personas dependientes, si quieren ser de calidad, han de estar controladas y seguidas por profesionales.
- Los cuidadores suelen experimentar graves problemas derivados del estrés originado por las circunstancias en que el cuidado se desarrolla.

Por nuestra parte, y tal como se observa en el gráfico de la página anterior, partimos de las premisas que justifican la extensión de este amplio capítulo, es decir del proceso de envejecimiento de la población, del incremento de la dependencia en personas mayores, y especialmente, de las expectativas de cuidado del mayor en el caso de tener que necesitar en el futuro de la atención de cuidados en una situación de dependencia. Como iremos desgranando en las páginas que siguen a continuación, en la actualidad, la provisión de cuidados a la dependencia se establece desde tres estamentos: el Estado, el mercado y, especialmente, la familia a través de lo que ha venido en denominarse el apoyo social informal.

Así pues, desde cada uno de estos elementos vamos a ir presentando una serie de indicadores de cómo se encuentra en la actualidad, la situación real de cuidados que ofrecen estos estamentos, y de una serie de reflexiones, que tienen que ver, especialmente, con las modificaciones que está experimentando la familia en la situación actual.

3.1. EL ESTADO

Comenzaremos por analizar los recursos que actualmente dedican las instituciones estatales a la atención a la dependencia en personas mayores, aunque inicialmente abordaremos en un punto previo los recursos reales que el Estado dedica a los gastos en protección social a la vejez.

3.1.1. Los gastos de protección social a la vejez en España

La posibilidad de que un país disfrute de unos adecuados servicios dirigidos a la protección social a la vejez depende, lógicamente, de la distribución de las partidas presupuestarias dedicadas a esta actividad. Por cuanto podemos apreciar en la tabla que sigue a continuación (Tabla 13), las prestaciones que en nuestro país se dedican a la protección social de los mayores no son excesivamente ejemplarizantes por cuanto se refiere a este capítulo de gastos en el conjunto de la Unión Europea.

TABLA 13

*Prestaciones de protección social a la vejez en porcentajes del PIB en la Unión Europea 1985-1999
(Adaptado del Informe 2002, p. 155)*

	1985	1990	1995	1999
Alemania	11,2	10,6	11,3	11,6 p
Austria	9,9	10,0	10,9	10,4
Bélgica	7,2 *	7,6	8,6	8,6 *
España	7,5	7,4	8,5	8,2 p
Finlandia	7,2	7,2	8,9	8,1 p
Francia	9,4 *	9,6	10,8	11,0 p
Irlanda	5,0 *	4,2	3,7	2,7
Italia	10,3 *	11,2	12,6	12,9 p
Luxemburgo	6,6	9,0	9,3	8,1
Países Bajos	8,5 *	9,9	9,5	9,6 p
Portugal	4,0 *	4,6	6,6	7,3 p
Zona Euro	9,6 *	9,8	10,7	10,8 *
Grecia	:	9,2	9,1	10,3 p
Zona Euro + Grecia	:	9,8	10,7	10,8 p
Dinamarca	9,7	10,2	11,8	10,9
Reino Unido	8,9 *	9,0	10,7	10,9 p
Suecia	:	:	12,0	12,1 p
Unión Europea	:	:	10,8	10,8 *

P Datos provisionales.

* Estimaciones EUROSTAT.

: Datos no disponibles.

Fuente: EUROSTAT (2002), *Social Protection Expenditures and Receipts, 1980-1999*, Luxemburgo.

Como podemos observar, nuestro país mantiene una trayectoria no demasiado propensa a mantener o incrementar las prestaciones de protección social dirigidas a los mayores. Desde el año 1985 hasta el pasado 1999, se ha producido un incremento de tan sólo 0,7 puntos en las partidas presupuestarias del Gobierno español. Por otra parte, somos, junto a Finlandia, Irlanda y Portugal, los que menos presupuesto dedicamos a estas prestaciones.

Quizá, no obstante, en la tabla que sigue a continuación (Tabla 14) podemos observar con más detenimiento el gasto real que dedicamos en España al capítulo de prestaciones sociales dirigidas a la vejez. Como podemos observar, en nuestro país, en 1999, el gasto dedicado a esta partida fue de unos 7.000 euros por persona (casi 1,2 millones de las antiguas pesetas). Con respecto al resto de los países de la UE, España se sitúa en los últimos lugares, por encima de Irlanda, Grecia y especialmente Portugal, pero bastante alejada de los demás países.

TABLA 14

Gasto en vejez y por persona de 65 o más años en euros corrientes en la Unión Europea, 1990-1999

	1990	1995	1997	1999
Alemania	10.654	16.992	16.576	17.466
Austria	10.986	15.825	15.619	16.490
Bélgica	7.967	11.301	11.208	11.812 *
España	5.681	6.374	6.789 p	7.038 p
Finlandia	11.681	12.270	12.378	12.846 p
Francia	11.663	14.812	15.193	15.965 p
Irlanda	3.878	4.567	5.223	5.705
Italia	11.643	11.184	13.511	14.002 p
Luxemburgo	14.976	23.035	23.005	23.971
Países Bajos	11.575	14.756	15.404	16.792 p
Portugal	1.968	3.772	4.107	4.841 p
Zona Euro	10.035	12.942	13.476 p	14.150 *
Grecia	4.381	5.076	6.092	6.754 p
Zona Euro + Grecia	9.847	12.665	13.211 p	13.879 p
Dinamarca	13.426	20.317	21.870	22.744
Reino Unido	7.820	9.973	13.927	15.849 p
Suecia	:	14.301	16.779	17.753 p
Unión Europea	:	12.382	13.534 p	14.402 *

P Datos provisionales.

* Estimaciones EUROSTAT.

: Datos no disponibles.

Fuente: EUROSTAT (2002), Social Protection Expenditures and Receipts, 1980-1999, Luxemburgo.

3.1.2. Los recursos formales

En la posibilidad de prestación de cuidados a través de la oferta adecuada de lo que ha venido en denominarse «recursos formales», que son aquellos que ofertan las diferentes administraciones locales, provinciales y autonómicas con una asignación de presupuestos para desarrollar adecuadamente estos servicios, podríamos situar la conocida frase de «no soplan buenos vientos para la lírica». Como veremos en las páginas que siguen a continuación, los diferentes recursos que posibilitarían una dispensación de cuidados a la persona mayor en situación de discapacidad y que le permitirían desarrollar de forma adecuada determinadas actividades de la vida diaria con un mínimo de dignidad adolecen de una limitación muy seria en nuestro país.

Entre los recursos formales dirigidos a la atención al mayor a fin de proporcionar cuidados adecuados, cabe distinguir dos tipos de recursos: 1) Los que han venido en denominarse «Servicios de Proximidad», que permiten que el mayor pueda desarrollar su proyecto de vida en la propia comunidad, sin tener que sufrir un proceso de desarraigo, y 2) los recursos clasificados como proceso de «institucionalización», en donde el mayor es ingresado en un centro (normalmente alejado de su lugar habitual de convivencia) a

fin de prestarle los servicios de cuidado adecuados a su situación de discapacidad. Comenzaremos inicialmente, por analizar los servicios de proximidad existentes en nuestro país. Son: el SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio), el servicio de Teleasistencia, los Centros de Día dedicados al mayor y los pisos tutelados, para posteriormente revisar la situación existente en cuanto se refiere a las Residencias de la Tercera Edad que conforman el proceso de institucionalización mencionado más arriba.

3.1.2.1. EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD)

El Servicio de Ayuda a Domicilio (en adelante SAD) ha sido definido por una especialista de reconocido prestigio (P. Rodríguez, 1997), como: «Un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado».

Este servicio tiene como finalidad última y fundamental, facilitar la permanencia en el domicilio a las personas mayores, especialmente cuando hay una situación de dependencia. Si tuviéramos que precisar los **objetivos y las prestaciones** que ofrece este servicio serían los siguientes:

Objetivos:

- Conseguir cambios conductuales que mejoren la calidad de vida.
- Fomentar hábitos saludables.
- Aumentar la seguridad personal.
- Potenciar las relaciones sociales.
- Lograr la permanencia en su medio habitual de vida en condiciones de dignidad.
- Evitar la institucionalización innecesaria.

Prestaciones:

- | | |
|---|------------------------------------|
| – Facilitar la autonomía de los usuarios. | – Movilizaciones y transferencias. |
| – Limpieza de la casa. | – Vestirse/desvestirse. |
| – Lavado y planchado de la ropa. | – Peluquería. |
| – Compra y preparación de las comidas. | – Cuidados sanitarios elementales. |
| – Aseo personal. | – Podología. |

De cualquier modo, en el SAD también pueden prestarse otros servicios complementarios, como acompañamiento o realización de gestiones, incluso otras más especializadas, como terapia ocupacional o fisioterapia.

Por cuanto se refiere a los usuarios del SAD por comunidades autónomas, presentamos en la tabla que sigue a continuación (Tabla 15), la ratio de cobertura de este recurso en las diferentes comunidades autónomas.

TABLA 15

Servicio de Ayuda a Domicilio en España. Usuarios. Enero 2001

Ambito territorial	Población > 65 años	Número de usuarios	Índice de cobertura
Andalucía	1.040.072	21.191	2.04
Aragón	253.807	6.189	2.44
Asturias	229.061	4.095	1.79
Baleares	123.450	3.431	2.78
Canarias	194.256	3.649	1.88
Cantabria	99.416	1.537	1.55
Castilla y León	545.374	13.514	2.48
Castilla-La Mancha	341.181	8.711	2.55
Cataluña	1.070.370	13.898	1.30
Comunidad Valenciana	666.753	14.430	2.16
Extremadura	198.551	9.659	4.86
Galicia	543.783	7.350	1.35
Madrid	754.588	14.240	1.89
Murcia	162.580	2.667	1.64
Navarra	97.171	2.938	3.02
País Vasco	353.681	10.096	2.85
La Rioja	51.319	1.458	2.84
Ceuta	7.764	137	1.76
Melilla	6.382	194	3.04
ESPAÑA	6.739.559	139.384	2.07

Fuente: *Imsero (2002), Informe 2002. Las personas mayores en España.*

Como se puede observar, la ratio media del país en enero de 2001 era de 2,07, o lo que es lo mismo, tan sólo poco más de dos personas de 65 años y más recibían este servicio en sus propios domicilios. El Plan Gerontológico (Imsero, 1992) establecía llegar a una previsión de cobertura del 8% para finales de la década pasada, pero como vemos, estas previsiones están muy alejadas de su grado de cumplimiento real. Por su parte, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2000), planteaba una cobertura más modesta en torno al 5%. Como ejemplo de la cobertura de este recurso en algunos países de nuestro entorno, presentamos a continuación, unas cifras de hace más de una década en algunos países de la CE (Tabla 16).

TABLA 16

Cobertura de programas de Ayuda a Domicilio en Europa

País	Porcentaje	Año de referencia datos
Bélgica	6	1990
Dinamarca	20	1991
Finlandia	24	1990
Francia	7	1985
Holanda	8	1990
Reino Unido	9	1991

Fuente: OCDE «Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation», Paris, 1996.

Ahora bien, tan importante como el número de personas que se benefician de este servicio es el número de horas que reciben atención. Veamos la intensidad horaria de este servicio en las distintas comunidades autónomas de nuestro país (Tabla 17).

TABLA 17
Servicio de Ayuda a Domicilio en España. Intensidad horaria/mes. Enero 2001

Ambito territorial	Población > 65 años	Número de horas dispensadas	Intensidad horaria Horas/mes
Andalucía	1.040.072	2.227.924	8,76
Aragón	253.807	918.166	16,50
Asturias	229.061	764.248	15,40
Baleares	123.450	450.019	12,0
Canarias	194.256	624.000	12,0
Cantabria	99.416	209.003	9,83
Castilla y León	545.374	2.820.737	21,62
Castilla-La Mancha	341.181	2.013.811	20,15
Cataluña	1.070.370	1.887.127	6,80
Comunidad Valenciana	666.753	2.020.200	13,0
Extremadura	198.551	1.200.600	9,50
Galicia	543.783	3.564.787	34,0
Madrid	754.588	2.618.048	14,50
Murcia	162.580	503.750	15,0
Navarra	97.171	404.856	11,48
País Vasco	353.681	2.660.762	23,59
La Rioja	51.319	236.246	12,0
Ceuta	7.764	38.333	12,0
Melilla	6.382	54.754	20,0
ESPAÑA	6.739.559	25.217.371	16,01

Fuente: Informe 2002. *Las personas mayores en España*, Imsero, Madrid, p. 428.

Como podemos observar, que en el conjunto del país las personas mayores de 65 años existentes reciban un total de 16 horas al mes de cobertura de este servicio es algo que puede situar al lector en la expectativa de que los propios mayores y sus familias se lancen a la búsqueda de recursos adecuados (y no precisamente públicos) para hacer frente a las actividades de la vida diaria en caso de aparición de una situación de discapacidad, como puede ser el tener que contar con la colaboración de una persona que, encontrándose en situación de irregularidad en nuestro país en ese momento, pueda hacerse cargo de un mayor dependiente durante una gran parte de la jornada.

Desde el hipotético planteamiento de que a una mayor intensidad en el SAD correspondería un menor número de inmigrantes que cuidan a mayores, se puede observar que en el País Vasco se ofrece una cobertura de este servicio muy por encima de la media del país, y muy superior igualmente a la que se oferta en la Comunidad de Madrid y en la Comunidad Autónoma Valenciana.

Datos más recientes referidos a enero de 2002 (IMSERSO, 2003) apuntan a que el número total de usuarios asciende a 197.306. Así pues, y a nivel de ámbito nacional, el índice de cobertura de este servicio nos indica que de cada cien personas de 65 y más años, casi tres (2,80) son beneficiarios del Servicio Público de Ayuda a Domicilio. El coste por hora de este servicio se sitúa en 9,5 euros como media nacional. De cualquier modo, el número de horas de atención al usuario de este servicio se sitúa como media nacional en 18,43 horas al mes o lo que es lo mismo entre 3,5-4 horas semanales, lo cual y aun a pesar del enorme esfuerzo que han impreso algunas CC.AA. nos sigue pareciendo excesivamente limitado para las necesidades actuales.

3.1.2.2. EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA

Se trata de un servicio que posibilita la atención del mayor durante las veinticuatro horas del día desde su propio domicilio. Como señala Pérez del Cueto (1997), «la teleasistencia domiciliaria es un servicio que, a través de la línea telefónica y con un equipamiento informático específico ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios/as, permite a las personas mayores y/o personas discapacitadas, al pulsar el botón que llevan constantemente y sin molestias, entrar en contacto verbal «manos libres», durante las 24 horas del día y los 365 días del año, con un centro atendido por profesionales capacitados para dar respuesta adecuada a la crisis presentada, bien por sí mismos o movilizando otros recursos humanos o materiales, propios del usuario o existentes en la comunidad» (p. 23).

Las evaluaciones realizadas de este servicio (Imsero, 1997) indican que constituye un importante elemento de seguridad y tranquilidad, sobre todo para las personas mayores que viven solas o pasan gran parte del día sin ninguna compañía y son susceptibles de encontrarse en situación de riesgo. Paralelamente, se pretende también evitar o, al menos, retrasar una institucionalización que puede no ser necesaria.

Según el estudio del Imsero citado anteriormente, un 19% de los usuarios son varones y un 81% mujeres, con una edad media en torno a los 79 años. Un 20,9% son menores de 70 años y un 31,4% mayores de 80; los usuarios son significativamente más jóvenes en los municipios pequeños, dado que un 83% de los mayores de 80 años residen en municipios de más de 100.000 habitantes. Un 47% de los usuarios recibe al mismo tiempo algún otro servicio social, que en un 94% es un auxiliar de ayuda a domicilio.

Por cuanto se refiere a la cobertura del servicio en nuestro país, señalar que se trata de un servicio de implantación bastante reciente, por lo que no se dispone de índices de cobertura significativos. Las estimaciones que se realizaron en 1999 sobre cobertura de teleasistencia contabilizaban un total de alrededor de 50.000 usuarios, lo que evidenciaba el poco impulso que se había dado a este programa desde las Administraciones Públicas.

El Plan Gerontológico establecía una ratio del 12,5% de las personas mayores que viven solas (en torno a un millón), lo que hubiera supuesto alcanzar en el año 2000, en números absolutos, al menos una cifra de unos 125.000 beneficiarios. Veamos las cifras de cobertura de este recurso según las últimas estimaciones del Imsero (2002).

TABLA 18

Servicio Público de Telesistencia en España. Usuarios. Enero 2001

Ámbito territorial	Población > 65 años	Número de usuarios	Índice de cobertura
Andalucía	1.040.072	16.135	1,55
Aragón	253.807	4.234	1,67
Asturias	229.061	2.036	0,89
Baleares	123.450	884	0,72
Canarias	194.256	429	0,22
Cantabria	99.416	505	0,26
Castilla y León	545.374	8.763	1,61
Castilla-La Mancha	341.181	6.297	1,85
Cataluña	1.070.370	6.105	0,57
Comunidad Valenciana	666.753	13.251	1,99
Extremadura	198.551	1.315	0,66
Galicia	543.783	1.550	0,29
Madrid	754.588	7.654	1,01
Murcia	162.580	1.890	1,16
Navarra	97.171	3.451	3,55
País Vasco	353.681	4.104	1,16
La Rioja	51.319	423	0,82
Ceuta	7.764	111	1,43
Melilla	6.382	130	2,04
ESPAÑA	6.739.559	79.267	1,07

Fuente: Informe 2002. Las personas mayores en España, Imsero, Madrid, p. 432.

Como podemos observar, y aun a pesar del enorme esfuerzo de las distintas administraciones llevado a cabo en tan sólo tres años, lo cierto es que el número de usuarios de este recurso en nuestro país está muy lejano igualmente de alcanzar la cifra propuesta por el Plan Gerontológico (1992) al terminar la década y que, recordemos, contemplaba la posibilidad de que 125.000 personas de 65 y más años contasen con esta ayuda al finalizar la pasada década.

En este caso, podemos observar que la Comunidad de Navarra ha realizado un importante esfuerzo en la implantación de este servicio en relación al resto del país. De cualquier modo, llama la atención que un recurso tan económico (el coste del mismo puede encontrarse entre los 20 y los 30 euros), y que puede proporcionar una excelente posibilidad al mayor que se encuentra solo de sentirse protegido ante una eventual situación de riesgo, se encuentre tan poco implantado a nivel del Estado.

Al igual que en el caso del SAD, también en el recurso de la Telesistencia nos encontramos con datos más actualizados referidos al año 2002 (Imsero, 2003). Así, a enero de este año, el número de usuarios de Telesistencia ascendía a 104.313 usuarios, lo que nos indica un índice de cobertura de este servicio de 1,48, o lo que es lo mismo, ni siquiera dos personas de más de 65 años gozan de este recurso en nuestro país, aun reconociendo que el coste medio anual por usuario se sitúa actualmente en 250 euros.

3.1.2.3. LOS CENTROS DE DÍA

Se define este recurso como: «Un servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual» (Sancho, 1996).

Como se apunta por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2000), el objetivo general del Centro de Día es «favorecer unas condiciones de vida dignas entre las personas mayores dependientes y sus familiares, facilitando la continuidad en sus modos de vida y el logro de un mayor nivel de autonomía» (p. 142). Añadiríamos que el principal objetivo que guía la implantación de este recurso sería retrasar al máximo un probable proceso de institucionalización.

La implantación de este servicio en España ha dado lugar en ocasiones a confusiones con otro tipo de equipamientos de funcionamiento diurno, como son los Hogares o Clubes y los Hospitales de Día cuyos objetivos y actividades son bastante similares en algunas facetas. Mucho nos tememos que en ocasiones esta confusión se establece de forma deliberada por parte de algunas instituciones. Este es el caso del Ayuntamiento de Valencia que en su «Anuari Estadístic de la Ciutat de Valencia» presenta con el rótulo de Centros de Día, el conjunto de clubes y algunos Centros de Día (muy pocos) que existen en la ciudad de Valencia (pp. 185-186).

A fin de evitar estas confusiones presentamos en la tabla 19 algunas diferencias básicas entre estos tres recursos citados más arriba.

Los servicios que se ofrecen en los Centros de Día podemos clasificarlos en tres áreas bien diferenciadas:

1. *Atención social:*

- Detección, acogimiento, orientación y seguimiento de casos.
- Coordinación del plan de intervención establecido.
- Relaciones con la familia.
- Establecimiento del plan de transporte.

2. *Atención a la salud psicofísica:*

- Rehabilitación y control psicofísico.
- Actividades psicoterapéuticas.
- Terapia ocupacional.
- Higiene personal.
- Dietética.

3. *Socialización y participación:*

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Relaciones personales.
- Actividades de ocio y cultura.
- Actividades productivas.

TABLA 19

Recursos de atención diurna para personas mayores

Modelo	Dependencia	Objetivos	Duración del servicio	Destinatarios
Hospital de Día	Servicios sanitarios	Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación ante problemas de salud	Programa cerrado. Período de pocos meses	Personas mayores enfermas; en su mayoría proceden del hospital
Centro de Día	Servicios sociales	Prevención de la institucionalización. Rehabilitación, mantenimiento del nivel de autonomía, apoyo a las familias	Flexible; hay casos cronificados	Personas mayores con problemas de pérdida de capacidad funcional (física o psíquica)
Hogares y Clubes	Servicios sociales	Prevención, socialización, información y formación	Indefinida	Personas mayores independientes o semiindependientes

Fuente: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. «Geriátría XXI, Madrid, 2000.

Por cuanto se refiere a la cobertura y estimación de necesidades, hay que señalar que, al igual que el Servicio de Teleasistencia, se trata de un servicio de reciente implantación en España, por lo que el número de centros existentes en funcionamiento tanto desde la iniciativa privada como institucional es poco significativo. La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2000) ha estimado prudente fijar para los próximos años la necesidad de disponer de una plaza por cada cien personas entre los 65 y los 79 años, y dos plazas por cada cien personas de 80 y más años, lo que equivaldría a una ratio, para el conjunto nacional, de 1,22 (Tabla 20).

TABLA 20

Estimación del número de plazas necesarias en Centros de Día en las diferentes comunidades autónomas

Comunidad autónoma	65-79 años	80 y más años	Total
Andalucía	7.590	3.843	11.433
Aragón	1.831	1.110	2.941
Principado de Asturias	1.644	950	2.594
Islas Baleares	862	533	1.395
Islas Canarias	1.307	730	2.037
Cantabria	709	437	1.146
Castilla-La Mancha	2.469	1.437	3.906
Castilla y León	3.854	2.518	6.372
Cataluña	7.674	4.436	12.110
Comunidad Valenciana	4.870	2.533	7.403
Extremadura	1.412	800	2.212
Galicia	3.796	2.444	6.240
Madrid	5.333	3.092	8.425

TABLA 20 (continuación)

Comunidad autónoma	65-79 años	80 y más años	Total
Murcia	1.191	591	1.782
Navarra	668	415	1.083
País Vasco	2.523	1.392	3.915
La Rioja	365	219	584
Ceuta	58	27	85
Melilla	62	31	93
TOTAL	48.217	27.537	75.754

La ratio se expresa en necesidades de una plaza para cada cien personas entre los 65 y los 79 años y dos plazas por cada cien personas de 80 y más años. Estas estimaciones se realizaron con datos del Padrón Municipal de 1996.

Fuente: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2000.

Frente a estas demandas, vemos a continuación la realidad de la implantación actual de este recurso en nuestro país (Tabla 21).

TABLA 21

Centros de Día públicos para personas mayores dependientes en España. Número de centros y plazas. Enero de 2001

Ámbito territorial	Población > 65 años	Num. de centros propios y concertados	Núm. de plazas propias	Índice de cobertura	Núm. de plazas psicogerítricas y concertadas
Andalucía	1.040.072	4	174	0,02	—
Aragón	253.807	12	240	0,09	80
Asturias	229.061	13	275	0,12	20
Baleares	123.450	5	90	0,07	—
Canarias	194.256	28	419	0,22	—
Cantabria	99.416	14	224	0,23	199
Castilla y León	545.374	50	931	0,17	74
Castilla-La Mancha	341.181	15	365	0,11	70
Cataluña	1.070.370	164	2.571	0,24	1.130
Com. Valenciana	666.753	19	287	0,04	—
Extremadura	198.551	35	644	0,32	88
Galicia	543.783	4	92	0,02	92
Madrid	754.588	40	1.070	0,14	150
Murcia	162.580	13	265	0,16	—
Navarra	97.171	5	115	0,12	85
País Vasco	353.681	42	1.001	0,28	263
La Rioja	51.319	3	80	0,16	—
Ceuta	7.764	—	—	—	—
Melilla	6.382	—	—	—	—
ESPAÑA	6.739.559	466	8.843	0,13	—

Fuente: Informe 2002. Las personas mayores en España, Imserso, Madrid, p. 439.

Como podemos observar, la implantación de este recurso en nuestro país y en épocas muy recientes, deja mucho que desear. Frente a la ilusionante propuesta del Plan Gerontológico (1992) de conseguir un total de 75.000 plazas en el inicio del 2000, nos encontramos con la cruda realidad de que este servicio se encuentra escasamente implantado en nuestro país y, por otra parte, las plazas existentes forman parte de la esfera privada en su mayor parte, por lo que finalmente, y aun tratándose de un recurso que sin lugar a dudas favorece la convivencia de la persona mayor dependiente en su entorno, su utilización deviene en un desembolso económico importante para el propio afectado o para su familia.

De cualquier modo, el incremento en la implantación de este recurso en nuestro país ha experimentado un incremento considerable. Así, a enero de 2002, el número total de plazas existentes ascendía a 18.639, mientras que el número de centros se situaba en 956. De cualquier modo, es necesario indicar que de cada cien de estas plazas, tan sólo 55 son de titularidad pública, por lo que no podrían ser contabilizadas como «recursos formales» o dependientes de las instituciones públicas, ya que el impulso en la creación de este tipo de recursos correspondería a la iniciativa privada.

3.1.2.4. LAS RESIDENCIAS

Aunque el lema «envejecer en casa» es el objetivo compartido por los propios mayores, profesionales e instituciones y a cuya consecución se están dirigiendo los mayores esfuerzos y recursos, no es menos cierto que las Residencias de mayores siguen y seguirán teniendo un muy especial espacio en el marco de la asistencia geriátrica, tanto en España como en el resto del mundo.

Las residencias se encuentran tradicionalmente asociadas al concepto de institucionalización y tienen en su origen los antiguos asilos que, a lo largo de la historia, han constituido un pilar fundamental en la atención al mayor; aunque en la actualidad la antigua función de estos asilos, que era atender al mayor desprovisto de recursos, ha sido sustituida por la de prestar atención al mayor en situación de dependencia a través de una atención globalizada, realizada por expertos profesionales en el área de atención a las personas de edad avanzada. Así, la clasificación tradicional que distinguía residencias para personas mayores «válidas» o «asistidas», está siendo sustituida por una única tipología de centro para personas afectadas por algún proceso de dependencia. En consecuencia, se está produciendo un rápido proceso de reconversión de los antiguos centros o asilos que estaban dedicados a atender al mayor privado de apoyo social.

En la actualidad, podríamos pues definir la residencia como: «Centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia» (Rodríguez, 1995). La autora, se detiene en argumentar las notas fundamentales de su definición (p. 172) que personalmente suscribimos en su totalidad.

- *Centro gerontológico «abierto».* Por eso huimos del término institución, que rechazamos de plano. Ello quiere decir que consideramos la residencia como incluida entre los servicios sociales comunitarios, de lo que se sigue, evidentemente, que lo deseable es que los establecimientos se encuentren ubicados en el entorno urbano, así como que exista una permanente interrelación con todos los recursos de la zona y entre los diferentes colectivos de la comunidad.

- *Lugar de desarrollo personal y de vida.* Esto implica la exigencia de que exista un «proyecto vital» o proyecto de vida, definido no como un compartimento más, sino donde la persona mayor es acogida globalmente en el centro y las actividades organizadas alrededor de ella.
- *Atención sociosanitaria.* No se contempla en nuestra concepción la residencia como lugar de acogimiento y custodia, ni tampoco como centro clínico en el que la única atención profesional especializada que se ofrece es la sanitaria. Los cuidados que precisan la mayoría de las personas mayores no son sólo sociales; tampoco exclusivamente sanitarios. Pensamos que la atención que ha de ofrecerse debe ser de carácter integral, y por tanto, ser sociosanitaria, y ello con independencia de que, como sería deseable, funcionen en el área en que se encuentre la residencia mecanismos de coordinación sociosanitaria formalmente establecidos.
- *Atención interprofesional e integrada en un programa general de intervención.* Tenemos ya suficiente experiencia para conocer que las necesidades de las personas mayores dependientes no se resuelven de una manera simple. Las causas que provocan la necesidad o el conjunto de necesidades suelen ser de carácter complejo. Esta complejidad se acentúa cuando las personas mayores viven en una residencia, porque a los elementos intrínsecos que aporta la persona concreta hay que sumar los que le son extrínsecos e inherentes a la propia organización del centro, a sus características ambientales, a la vida de relación con los otros, ya sean éstos residentes o profesionales, etc. Todo ello hace que sea exigible para una buena atención gerontológica que profesionales adecuados, con formación gerontológica específica y trabajando en equipo, intervengan desde cada una de las disciplinas pero de manera integrada en torno a un plan general trazado conjuntamente.
- *Estancias temporales o permanentes.* Cada vez más, la residencia se concebirá como un lugar en el que pasar temporadas (descanso familiar, revisiones periódicas, rehabilitación, fases críticas, atención sociosanitaria derivada del hospital, vacaciones, etc.).
- *Destinada a personas mayores con algún grado de dependencia.* La autora insiste en que se habla de dependencia, no de pérdida de autonomía. La autonomía es la capacidad y/o el derecho de una persona a elegir por sí misma las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y los riesgos que se encuentra dispuesta a asumir; en suma, autonomía es elegir y conducir la propia vida. La pérdida de autonomía es la incapacidad (o la prohibición de una persona a decidir sobre su vida. La dependencia se produce en sentido estricto cuando una persona no efectúa sin ayuda (porque no puede o porque no quiere) las principales actividades de la vida diaria. La independencia se da cuando la persona realiza por sí misma y sin ayuda las actividades principales de la vida corriente.

En la actualidad existen grandes diferencias en la oferta actual en cualquiera de las dimensiones que se analicen: tamaño, ubicación, equipamientos profesionales, etc. Esta diversidad es notable según si la dependencia del centro corresponde a una comunidad autónoma, a un ayuntamiento, a una comunidad religiosa, a una gran empresa privada o a una pequeña. En todo caso, su diseño arquitectónico debiera garantizar que las características de la residencia contribuyen a (Defensor del Pueblo, 2000):

- Potenciar la independencia y la seguridad (evitando caídas, paliando discapacidades y actuando sobre la reducción de las capacidades sensoriales).
- Conseguir el equilibrio y la seguridad psíquicos (espacios definidos e identificables que compensen la desorientación espacial y fomenten el contacto con el exterior y la naturaleza).

- Respetar la intimidad individual.
- Provocar las relaciones sociales.
- Facilitar la labor del personal para el desarrollo de sus funciones.

En cuanto se refiere a los últimos datos sobre la cobertura de plazas residenciales, en nuestro país existen 4.158 centros y un total de 215.000 plazas. Este número corresponde a una ratio de 3,19 plazas por cada cien personas mayores de 65 años, lejos de la media en los países encuadrados en el ámbito de la CE.

No obstante, el crecimiento de plazas ha sido importante en España en los últimos años. Veamos esta evolución tanto en lo que se refiere al número de plazas como a las ratios de cobertura en los últimos tres años (Tablas 22 y 23).

TABLA 22

Datos globales sobre atención residencial. Número total de plazas

Ámbito territorial	Enero 1999 Núm. plazas residenciales	Enero 2000 Núm. plazas residenciales	Enero 2001 Núm. plazas residenciales	Var. 2001/1999 Núm. plazas residenciales
Andalucía	32.364	26.289	26.515	-5.849
Aragón	10.353	10.679	10.412	59
Asturias	6.473	6.835	7.766	1.293
Baleares	2.005	3.341	2.197	192
Canarias	3.395	3.395	4.635	1.240
Cantabria	3.433	3.883	3.883	450
Castilla y León	26.186	26.178	28.473	2.287
Castilla-La Mancha	10.885	12.058	13.640	2.785
Cataluña	38.439	39.520	41.954	3.515
Comunidad Valenciana	10.891	13.041	14.297	3.406
Extremadura	4.614	5.162	5.830	1.216
Galicia	8.985	10.207	10.511	1.526
Madrid	20.934	23.730	22.142	1.208
Murcia	2.926	2.930	2.943	17
Navarra	3.972	4.333	4.712	740
País Vasco	10.491	12.227	12.195	1.704
La Rioja	2.405	2.430	2.717	312
Ceuta	104	104	104	0
Melilla	233	233	230	-3
ESPAÑA	199.088	206.575	215.156	16.098

Fuente: IMSERSO (2002), Observatorio de Personas Mayores, Las personas mayores en España. Informe 2000; Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas y Diputaciones Forales Vascas.

TABLA 23

Total plazas residenciales. Índice de cobertura (Usuarios/Población > 65 años)

Ámbito territorial	Enero 1999 Í. cobertura %	Enero 2000 Í. cobertura %	Enero 2001 Í. cobertura %	Var. 2001/1999 Í. cobertura %
Andalucía	3,40	2,53	2,55	-0,85
Aragón	4,34	4,21	4,10	-0,24
Asturias	3,05	2,98	3,39	0,34
Baleares	1,78	2,71	1,78	0,00
Canarias	2,03	1,75	2,39	-
Cantabria	3,70	3,91	3,91	0,21
Castilla y León	3,40	3,53	4,00	0,59
Castilla-La Mancha	3,40	3,53	4,00	0,59
Cataluña	3,89	3,69	3,92	0,03
Comunidad Valenciana	1,77	1,96	2,14	-
Extremadura	2,55	2,60	2,94	0,39
Galicia	1,79	1,88	1,93	0,14
Madrid	3,04	3,14	2,93	-0,11
Murcia	1,97	1,80	1,81	-
Navarra	4,54	4,46	4,85	0,31
País Vasco	3,26	3,46	3,45	0,19
La Rioja	5,07	4,74	5,29	-
Ceuta	1,46	1,34	1,34	-0,13
Melilla	4,09	3,65	3,60	-
ESPAÑA	3,21	3,07	3,19	-0,03

Fuente: IMSERSO (2002), Informe 2002, Las personas mayores en España, p. 486.
 Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas y Diputaciones Forales Vascas.
 INEbase: Cifras de Población referidas a 1/10/99. Revisión del Padrón Municipal 1999.

Como se observa (Tabla 23), y aun a pesar del aparente esfuerzo que han realizado las diferentes administraciones del país en incrementar de forma adecuada el número de plazas residenciales para mayores de 65 años, lo cierto es que el índice de cobertura (número de plazas por cada cien habitantes de 65 y más años) ha decrecido mínimamente. Ello se explica debido a que el índice de envejecimiento progresa más rápidamente que la construcción y puesta en marcha de centros residenciales.

Datos más actualizados (Imsero, 2003) apuntan a que el número total de plazas residenciales a enero de 2002, era de 239.761 plazas distribuidas en 4.802 centros. Así, el índice de cobertura de plazas residenciales indicaría que existen 3,4 plazas por cada cien personas de 65 y más años, de las cuales dos son financiadas íntegramente por el usuario, y tan sólo 1,4 son financiadas total o parcialmente (a través de lo que ha venido en denominarse «el bono residencia»), por el sector público. Así pues, de nuevo nos encontramos con un serio déficit de plazas residenciales ofertadas a través de lo que hemos denominado «recursos formales» o financiados por el Estado.

Para finalizar este apartado, recogemos las conclusiones elaboradas en fechas recientes por el Imsero (2003), referidas a la oferta de recursos de proximidad ofertadas a nivel público (p. 34):

- La cobertura de los servicios sociales para personas mayores en España se realiza básicamente desde el sector público para los Servicios de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia, Centros de Día y Hogares y Clubes. En los Servicios de Atención Residencial la cobertura se realiza de forma equilibrada entre el sector público y privado con cierto predominio este último.
- Los servicios sociales para personas mayores son utilizados en mayor proporción por las mujeres y mayores de 80 años; la proporción de estos últimos es mayor en los centros de día que en los centros residenciales.
- La comparación entre enero de 1999 y enero de 2002 muestra una tendencia de crecimiento del número de usuarios en todos los servicios sociales, incrementos en los índices de cobertura y mayor oferta de plazas en Centros de Día y Centros Residenciales, siendo cubierta, en estos últimos, en mayor proporción con plazas concertadas.
- Si bien se ha producido un incremento muy importante en la mayoría de los servicios sociales destinados a las personas mayores, es evidente que la presión que están ejerciendo los diferentes estados de necesidad de este colectivo y de sus cuidadores familiares, impone un esfuerzo todavía mayor de todos los sectores y Administraciones públicas implicadas en la mejora de su bienestar.

3.1.3. Los recursos formales de proximidad en las tres CC.AA. que forman parte del estudio

En un intento de justificar la elección de las tres CC.AA. seleccionadas para analizar de manera exploratoria el fenómeno social «Inmigrantes que cuidan a mayores» a través de la existencia de recursos formales que posibiliten la permanencia del mayor en situación de discapacidad en el propio domicilio, hemos reagrupado la existencia de estos servicios en unas tablas que nos permitan analizar de algún modo la probable existencia de este recurso en cada una de las mismas (Tablas 24 a 28).

TABLA 24
Servicio de Ayuda a Domicilio

	C. Valenciana Enero 2001	C. Madrid Enero 2001	País Vasco Enero 2001
Población > 65 años	666.753	754.588	353.681
Usuarios mayores de 65 años (%)	2,16	1,75	2,85
Número de usuarios > 80 años		5.123	6.946
Usuarios/población de 80 y más años (%)		3,00	9,00
Usuarios: mujeres > 65 años		8.473	7.497
Número de mujeres > 80 años		3.457	5.366
Coste del servicio y financiación			
Coste medio de la hora de atención (euros)	9,02	9,02	12,45

TABLA 24 (continuación)

	C. Valenciana Enero 2001	C. Madrid Enero 2001	País Vasco Enero 2001
Coste medio mensual del servicio por usuario (euros)	117,2	130,72	293,62
Porcentaje estimado de copago por los usuarios		8,00	10,58
Contenido y calidad de las prestaciones			
Núm. de horas de atención dispensadas durante el año	2.020.200	2.618.048	2.660.762
Tiempo empleado en dispensación de cuidados		20%	65%
Tiempo empleado en tareas domésticas		80%	35%
Número promedio de horas/mes por usuario (1999)	13	14.5	23.59
Servicios privados de ayuda a domicilio			
Número de entidades prestatarias	44		6
Número de usuarios	3.166		72
Empleo generado (Álava)			
Número total de empleos generados			610
Empleos generados a tiempo completo			16
Empleos generados a tiempo parcial			564

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de «Las personas mayores en España», Informe 2002, Imsero, Madrid.

TABLA 25
Servicio de Teleasistencia

	C. Valenciana Enero 2001	C. Madrid Enero 2001	País Vasco Enero 2001
Población > 65 años	666.753	754.588	353.681
Número de usuarios mayores de 65 años	13.251	14.240	4.104
	1,99%	1,75%	1,16%
Número de usuarios > 80 años			1.509
Usuarios/población de 80 y más años (%)			9,00
Usuarios: mujeres > 65 años			1.703
Número de mujeres > 80 años			1.178
Coste del servicio y financiación			
Coste anual del servicio (euros)	331.758,68	379.995,91	
Coste medio mensual del servicio por usuario (euros)	117,2		91,33
Porcentaje estimado de copago por los usuarios			0-15-33
Servicios privados de Teleasistencia (Álava)			
Número de entidades prestatarias			1
Número de usuarios			22

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de «Las personas mayores en España». Informe 2002, Imsero, Madrid.

TABLA 26
Otros servicios de Atención a Domicilio

	C. Valenciana Enero 2001	C. Madrid Enero 2001	País Vasco Enero 2001
Población > 65 años	666.753	754.588	353.681
Prestación económica para ayuda a domicilio			
Número de beneficiarios	10.005	6.019	3.806
Número beneficiarios/pob. > 65 años	1,50	2,29	1,93
Gasto medio por beneficiario (euros)	962,67	1.577,66	3.131,69
Número de horas subvencionadas			960.630
Servicio de comidas a domicilio (Álava)			
Número de beneficiarios del servicio público		1.500	84
Número de beneficiarios del servicio privado		21.750	
Número de entidades privadas prestatarias		8.00	
Prestación económica para la adecuación de la vivienda (Guipúzcoa)			
Número de beneficiarios		774	176
Gasto medio por beneficiario (euros)		601,01	682,97
Prestación económica a familias cuidadoras			
Número de beneficiarios		4.422	112
Gasto medio por beneficiario (euros)			2.236,55

Fuente: *Elaboración propia a partir de resultados de «Las personas mayores en España», Informe 2002, Imsero, Madrid.*

TABLA 27
Centros de Día

	C. Valenciana Enero 2001	C. Madrid Enero 2001	País Vasco Enero 2001
Población > 65 años	666.753	754.588	353.681
Número de usuarios mayores de 65 años			867
Número de usuarios /pob. mayores de 65 años (%)			0,25
Número de usuarios > 80 años		521	157
Usuarios/población de 80 y más años (%)		0,31	1,60
Usuarios: mujeres > 65 años		679	166
Número de mujeres > 80 años		375	103
Número de beneficiarios de la prestación económica			
Coste del servicio y financiación			
Coste medio anual de una plaza pública (euros)	7.076,86	6.261,24	8.862,93
Coste medio anual de una plaza pública psicogeriátrica (euros)			9.641,38

TABLA 27 (continuación)

	C. Valenciana Enero 2001	C. Madrid Enero 2001	País Vasco Enero 2001
Porcentaje estimado de copago por los usuarios		18	20-10-25
Gasto anual medio por beneficiario de la prestación económica			
Contenido y calidad de las prestaciones			
CENTROS PARA DEPENDIENTES			
Núm. de centros públicos propios	17	17	11
Núm. de centros privados concertados con entidades públicas	2	23	31
Núm. de centros públicos propios y concertados	19	40	42
Núm. de centros públicos propios y concertados psicogeríátricos			7
Núm. de centros privados concertados y no	21	19	22
PLAZAS			
Núm. de plazas públicas propias y concertadas	287	1.070	1.001
Número de plazas/pob. > 65 años (%)	0,04	0,14	0,28
Número de plazas psicogeríátricas		150	263
Núm. de plazas privadas (concertadas y no)	233	582	404
Núm. de plazas/pob. > 65 años (%)	0,03	0,08	0,11
Núm. de plazas psicogerátricas privadas		95	7
Empleo generado (Álava)			
Núm. total de empleos generados			78
Núm. total de empleos generados a tiempo completo			77
Núm. total de empleos generados a tiempo parcial			1

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de «Las personas mayores en España», Informe 2002, Imserso, Madrid.

TABLA 28
Centros Residenciales

	C. Valenciana Enero 2001	C. Madrid Enero 2001	País Vasco Enero 2001
Población > 65 años	666.753	754.588	353.681
Número de usuarios mayores de 65 años	7.641	11.969	7.094
Número de usuarios /pob. mayores de 65 años (%)	1,15	1,59	12,00
Número de usuarios > 80 años		8.096	2.827
Usuarios/población de 80 y más años (%)		4,74	5,60
Usuarios: mujeres > 65 años		8.138	3.450
Número de mujeres > 80 años		6.413	2.500
Edad media de los usuarios		84,5	83

TABLA 28 (continuación)

	C. Valenciana Enero 2001	C. Madrid Enero 2001	País Vasco Enero 2001
Coste del servicio y financiación			
Coste medio anual de una plaza pública para no dependientes (euros)	8.582,45	20.870,81	11.663,66
Coste medio anual de una plaza pública para dependientes (euros)	11.972,16		22.127,26
Coste medio anual de una plaza pública psicogeriatrica (euros)			25.960,72
Porcentaje estimado de copago usuarios		85	16-20-40
Contenido y calidad de las prestaciones			
TOTAL CENTROS RESIDENCIALES (1+ 2)	237	320	241
Núm. de centros públicos propios	36	25	37
Núm. de centros privados concertados con entidades públicas	115	79	54
Núm. de centros públicos propios y concertados (I)	151	104	91
Núm. de centros públicos propios y concertados con menos de 50 plazas	7	38	32
Núm. de centros públicos propios y concertados con más de 150 plazas	6	35	9
Núm. de centros privados concertados y no	201	295	157
Núm. de centros privados no concertados (2)	86	216	150
TOTAL PLAZAS RESIDENCIALES (1+2)	14.297	22.142	12.195
Núm. de plazas en centros públicos propios	3.827	6.220	2.855
Número de plazas/centro propio	106	249	77
Número de plazas en centros concertados con entidades públicas	3.814	5.502	3.394
Núm. de plazas /centro privado concertado	33	70	63
Núm. de plazas públicas propias y concertadas (I)	7.641	11.722	6.249
Núm. de plazas/pob. > 65 años (%)	1,15	1,55	1,77
Núm. de plazas en centros privados concertados y no	10.470	15.922	6.204
Núm. de plazas en centros privados no concertados (2)	6.656	10.420	5.946
Núm. de plazas/centro privado no concertado	77	48	40
Núm. plazas/pob. > 65 años (%)	1,00	1,38	2,48
Núm. de plazas públicas para no dependientes		4.916	1.300
Núm. de plazas para dependientes:			
Propias y concertadas		6.806	4.949
Privadas concertadas y no			562
Núm. de plazas psicogeriatricas:			
Propias y concertadas		265	2.179
Privadas concertadas y no			24

TABLA 28 (continuación)

	C. Valenciana Enero 2001	C. Madrid Enero 2001	País Vasco Enero 2001
Empleo generado (Álava)			
Núm. total de empleos generados			668
Núm. total de empleos generados a tiempo completo			658
Núm. total de empleos generados a tiempo parcial			10

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de «Las personas mayores en España», Informe 2002, Imsero, Madrid.

Como se observa, el tipo de recursos y la cobertura que se ofrece de los mismos a través de las diferentes CC.AA. en donde se lleva a cabo el estudio, no resulta uniforme y depende lógicamente de la sensibilidad de cada uno de los gobiernos autonómicos o provinciales respecto al reconocimiento del grave problema de la dependencia en mayores y la posibilidad de ofertar al menos unos índices de cobertura mínimos para atender las demandas de este colectivo de población. En general, se observa que en la Comunidad Autónoma de Euskadi se encuentran implantados estos servicios en mayor medida que en la Comunidad de Madrid y en la Comunidad Valenciana.

Así pues, para concluir este subepígrafe, y si tuviéramos que resumir de algún modo la situación actual de los servicios formales dirigidos a la atención a las personas mayores en situación de discapacidad, podríamos realizar las siguientes reflexiones:

1. En nuestro país, los gastos o partidas dedicadas a la generación de servicios dirigidos a la vejez suponen un porcentaje del PIB mucho menor que el dedicado a esta actividad en otros países de nuestro entorno.
2. El desarrollo de los denominados servicios de proximidad (SAD, Teleasistencia y Centros de Día) tienen una implantación muy desigual en el conjunto del país. Así, mientras algunas comunidades realizan verdaderos esfuerzos para adecuar este tipo de recursos a las necesidades actuales, otras, en cambio, apenas han experimentado ningún avance.
3. Las ratios (número de plazas por cada cien habitantes mayores de 65 años) propuestas por el Plan Gerontológico en 1992 se han visto incumplidas en su totalidad diez años después.
4. El incremento del número de personas de 65 y más años en situación de discapacidad ha sido más importante que la generación de recursos dirigido a este colectivo por parte de las instituciones.
5. Tan sólo el reciente desarrollo de estos servicios a nivel de la oferta privada y la utilización de los mismos a través de conciertos con las diferentes administraciones, está consiguiendo ocultar la insuficiente red pública de los mismos a nivel de todo el territorio español.

3.2. EL APOYO INFORMAL: LA FAMILIA

3.2.1. El cuidador

En fechas recientes, y según el último informe de resultados referido al cuidado de los mayores (CIS, 2001), al preguntar a los encuestados por el número de personas mayores de 65 años que necesitan cui-

datos y atenciones especiales como por ejemplo: no poderse quedar solos por las noches, necesitar ayuda para salir a la calle, para su aseo personal, etc., que existen en su familia, un 27,8% de la población responden afirmativamente a esta pregunta

Respecto al parentesco o la relación que guarda con la persona que ayuda, un total de 516 personas que llevan a cabo esta actividad de cuidado responden del siguiente modo:

TABLA 29
Parentesco del cuidador

Cónyuge	12,4
Hija	25,8
Hijo	14,9
Hermana	1,4
Hermano	0,4
Nieta	7,8
Nieto	5,4
Nuera	5,6
Yerno	6,0
Otros familiares	14,0
Vecinos/as, portero/a	5,6
Amigos/as	3,9
Empleado/a de hogar	0,8
N.C.	1,2
N	(516)

Opción (multirrespuesta)

Fuente: CIS, Barómetro de noviembre. Estudio n.º 2-439, noviembre 2001.

Ante estas respuestas, y como acertadamente expresa M. T. Bazo (1998), «en España, en mayor o menor medida que en otras sociedades económicamente desarrolladas, la familia es el sistema principal de bienestar, y a veces casi el único de que disponen ciertos grupos de ciudadanos. Es la fuente fundamental de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentran en situación de fragilidad. Las personas ancianas con determinadas enfermedades crónicas son el grupo cuyo cuidado ocasiona mayor preocupación. Se entiende que la próxima crisis del Estado de bienestar será una crisis en la provisión de los cuidados, debido a los cambios estructurales que transforman la sociedad, las familias y la dedicación tradicional de las mujeres al cuidado» (p. 49).

Sin lugar a dudas, tal y como señala esta reflexiva autora, estamos comenzando a entrar en una nueva etapa que puede afectar de manera pronunciada al bienestar de las personas de edad avanzada, que presenta un difícil pronóstico y que requerirá de la participación e implicación global de toda la comunidad.

La familia es la institución de apoyo más importante para los mayores, no sólo en España, sino en todos los países de la Unión Europea, tal y como se señala en un interesante estudio llevado a cabo en diferentes países europeos (Jani-Le Bris, 1993). En dicho estudio se afirma que: «La familia constituye en toda

Europa el eje sobre el que pivota la ayuda a los mayores dependientes, cualesquiera que sean las estructuras familiares, sociales y sociopolíticas de los países. La omnipresencia de la familia en este asunto es ampliamente ignorada por la opinión pública (incluidos los propios cuidadores), que se ve influida por los estereotipos reinantes sobre el desentendimiento de la familia con respecto a sus mayores» (cit. en Inserso, 1995 a).

3.2.2. Las situaciones de dependencia en las personas mayores

Parece innecesario a estas alturas señalar una vez más que, según avanza la edad del sujeto, las necesidades de ayuda para la realización de determinadas actividades se incrementan de forma sustancial, y también, como veremos con posterioridad, este tipo de ayuda proviene generalmente de lo que llamamos el apoyo social informal y especialmente de la familia. Veamos a continuación, en este sentido, el porcentaje de personas mayores de 65 años que necesitan determinados apoyos para la realización de determinadas actividades de la vida diaria y que se apuntan en un trabajo llevado a cabo por Inserso/CIS (1995 b).

En este interesante trabajo se distingue entre dos tipos de actividades, unas de realización cotidiana por parte de los mayores, y otras que, aunque de frecuencia de realización más esporádica, necesitan igualmente de algún tipo de ayuda. De cualquier modo, conviene señalar que este tipo de ayuda es muy poco significativo hasta una determinada edad. Por cuanto se refiere a nuestro país, se constata que hasta alrededor de los 75 años por término medio, las personas no suelen necesitar de ningún tipo de ayuda y se desenvuelven con un notable grado de normalidad y autonomía personal.

Veamos pues en primer lugar las necesidades de ayuda para la realización de actividades cotidianas.

TABLA 30

Personas mayores de 65 años que necesitan ayuda según sexo

Necesitan ayuda para...	Total	Hombres	Mujeres
Levantarse de la cama o acostarse	6,5	5,3	7,4
Vestirse y desvestirse	7,5	6,4	8,2
Cuidar de su aspecto físico (lavarse, peinarse, etc.)	6,7	4,9	8,0
Bañarse o ducharse	14,2	10,8	16,6
Acudir al servicio	5,2	4,1	5,9
Comer	3,4	2,5	4,0
Quedarse solo durante la noche	7,4	5,3	8,9
Subir o bajar escaleras	9,0	5,6	11,5
Realizar tareas domésticas (hacer la comida, limpiar la casa, etc.)	11,3	6,2	14,9
Andar, pasear	7,8	4,3	10,2

Fuente: Inserso/CIS (1995 b).

Ahora bien, tal y como hemos apuntado, a partir de los 80 años la situación de dependencia se dispara de forma alarmante. En este sentido, el porcentaje de personas mayores que tienen alguna necesidad de ayuda para la realización de este mismo tipo de actividades es mucho más elevada (Tabla 31).

TABLA 31

Personas mayores de 80 años que necesitan ayuda según sexo

Necesitan ayuda para...	Total	Hombres	Mujeres
Levantarse de la cama o acostarse	12,0	10,0	14,0
Vestirse y desvestirse	12,0	11,0	13,0
Cuidar de su aspecto físico (lavarse, peinarse, etc.)	12,5	10,0	15,0
Bañarse o ducharse	20,5	23,0	18,0
Acudir al servicio	11,0	9,0	13,0
Comer	6,5	5,0	8,0
Quedarse solo durante la noche	18,5	10,0	27,0
Subir o bajar escaleras	13,5	12,0	25,0
Realizar tareas domésticas (hacer la comida, limpiar la casa, etc.)	26,0	13,0	39,0
Andar, pasear	18,0	9,0	27,0

Fuente: Adaptado de Insero/CIS (1995 b).

Por cuanto se refiere a la necesidad de ayuda para la realización de determinadas actividades esporádicas y tal como señalábamos anteriormente, ésta se encuentra muy mediatizada por la edad de la persona. En la siguiente tabla podemos observar estas diferencias con más detenimiento.

TABLA 32

Necesitados de ayuda para actividades esporádicas según edad

Necesitan ayuda para...	65-69	70-74	75-79	80 y más
Cortarse las uñas de los pies	19,2	26,0	39,7	62,8
Ir de compras	14,4	19,2	33,1	56,8
Utilizar el teléfono	13,8	17,4	31,0	55,8
Utilizar el transporte público	15,2	19,6	34,4	58,7
Ir al médico	15,4	20,4	35,6	60,5
Tomar los medicamentos que le ha indicado el médico	14,2	17,4	31,6	57,2
Llevar sus propias cuentas (pagar recibos, ir al banco...)	15,0	19,4	33,0	58,9

Como observamos, y al igual que en el caso de las actividades cotidianas, a partir de los 75 años la necesidad de algún tipo de ayuda para hacer frente a determinadas actividades resulta alarmante, especialmente en la cohorte de edad de 80 o más años.

Desde esta panorámica, y con las estimaciones de crecimiento de la cohorte de personas de 80 y más años (la población mayor de 80 años se ha incrementado en España un 54% desde 1996 y en las proyecciones del año 2010 se estima que existirán en nuestro país alrededor de dos millones de personas con 80 y más años), el futuro del apoyo social informal se presenta como un necesario y primordial elemento a tener en cuenta por lo que se refiere al mantenimiento y calidad de vida de las personas de edad avanzada en nuestro país.

3.2.3. Conductas y actividades de las personas mayores que repercuten en el cuidador

Son incontables las conductas o pautas de comportamiento que llevan a cabo las personas de edad avanzada y que generan normalmente algún tipo de atención por parte de algún miembro de la familia. Veamos a continuación el porcentaje de realización de estas conductas según sexo:

TABLA 33

Frecuencia con que los mayores dependientes practican determinadas conductas

	HOMBRES	MUJERES
No encuentra sus cosas	38	44
Acumula cosas inútiles	21	26
Come alimentos que no debe	22	21
No le importa la limpieza	27	28
Repite continuamente las mismas historias	40	43
No quiere ducharse/bañarse	27	25
Tiene alteraciones de sueño	46	51
Se olvida de hacer cosas rutinarias (ej.: tomar pastillas)	37	34
Quiere estar siempre en penumbra	13	16
Se pierde por la calle	11	15
Es agresivo verbalmente con los demás	17	17
No quiere salir de casa	29	31
Es incontinente	20	23
Dice cosas que no tienen relación con lo que se habla	25	32
Se queja mucho de su situación	38	50
Llora frecuentemente	19	33
Se automedica	5	6
Sufre caídas, accidentes	2	28

Fuente: Inersero/CIS. 1995.

Como podemos observar, las conductas más frecuentes que afectan a más de un tercio de las personas cuidadas por los informantes son las siguientes por este orden: alteraciones del sueño, quejas constantes de la situación y pérdida de memoria o reiteraciones. A continuación hay una amplia serie de com-

portamientos que afectan o son practicados por una cuarta parte aproximadamente de los mayores, entre ellos, la pérdida de interés por la limpieza y el aseo personal, la negativa a salir de casa, las caídas, el comer alimentos que no deben, etc. Finalmente, hay algunas conductas o actitudes notablemente menos frecuentes como: la agresividad física y la automedicación.

Veamos a continuación la frecuencia con que necesitan ayuda los mayores dependientes para llevar a cabo determinadas actividades o cuidados principales:

TABLA 34
Frecuencia de ayuda para cada actividad o cuidado principal

Cuidado principal	Siempre	A menudo	A veces	TOTAL
Comer	14,9	5,2	8,0	28,1
Vestirse o desvestirse	27,4	7,1	16,2	50,7
Arreglarse	28,0	8,4	15,4	51,8
Andar	20,4	8,8	13,0	42,2
Moverse (por invalidez)	18,5	6,6	7,6	32,7
Cambiar pañales	16,2	3,2	3,2	23,6
Acostarse/levantarse de la cama	25,4	5,2	11,8	42,4
Bañarse/ducharse	43,0	6,7	9,5	59,2
Utilizar el servicio a tiempo	18,7	6,2	8,3	33,2
Hacer compras	60,2	11,6	7,7	79,5
Preparar comidas	56,3	9,4	9,8	75,5
Hacer otras tareas domésticas	58,5	12,5	8,6	79,6
Tomar medicación	38,9	8,9	10,8	58,6

Fuente: Inersso/CIS, 1995.

Indicando que los datos de la tabla anterior miden de forma subjetiva la frecuencia de ayuda por parte del cuidador o informador que responde a este listado de actividades, podríamos resaltar los siguientes aspectos en la información sobre la frecuencia con que la muestra de personas que cuidan al mayor lleva a cabo sus actividades (Inersso/CIS, 1995, p. 253)

Entre las actividades cotidianas necesarias, las tareas domésticas, incluidas las compras, son las que la mayoría de las personas que ayudan a los mayores han de realizar siempre (entre el 55 y el 60% de los casos). En total, casi el 80% de los entrevistados dicen tener que prestar este tipo de ayudas al menos de vez en cuando. Podría decirse, por tanto, que estas actividades son las que, en términos generales, definen casi siempre el substrato de la ayuda a personas mayores.

A continuación, cabe situar algunos cuidados de aseo personal, principalmente el baño o la ducha (43% tienen que ayudar siempre a la persona mayor) y también, aunque en menos casos, otras tareas cotidianas, como levantarse/acostarse, arreglarse o vestirse (en torno al 25% de los casos).

Finalmente, entre el 15 y el 20% de los entrevistados aseguran que han de realizar siempre ayudas más exigentes aún, como dar de comer, acompañar al servicio, cambiar pañales o simplemente ayudar

a moverse a la persona a la que prestan sus cuidados. Por consiguiente, por lo que se refiere a cuidados principales, cabe establecer un cierto *ranking* de frecuencia, inversamente proporcional al grado de minusvalía física de la persona mayor en cuestión: lo primero para que los mayores necesitan ayuda es para tareas domésticas; lo segundo, para cuidados personales ligados al aseo personal ordinario; y finalmente, lo tercero, para conductas más frecuentes aún, como moverse, acudir al servicio o comer. Dada la frecuencia con la que se producen las ayudas en cada uno de estos niveles o estadios, cabe pensar que muchas personas mayores no llegan a necesitar, o no por mucho tiempo, ayudas del segundo nivel (cuidados personales, aseo) y menos aún del tercero (ayuda para moverse o para comer).

Por otra parte, y por cuanto se refiere a la frecuencia de ayuda para otro tipo de actividades no tan fundamentales para el desarrollo de la vida diaria como las anteriores, nos encontramos con las siguientes frecuencias de ayuda.

TABLA 35
Frecuencia de ayuda para actividades complementarias

Tipo de cuidado	Siempre	A menudo	A veces	TOTAL
Utilizar el teléfono	24,4	5,1	8,7	38,2
Salir a la calle	33,4	9,5	14,6	57,5
Utilizar el transporte público	31,5	5,1	7,8	44,4
Administrar el dinero	36,4	6,8	6,3	49,5
Hacer gestiones	58,7	11,3	9,6	79,6
Ir al médico	65,9	10,6	11,0	87,5

Fuente: Inerser/CIS, 1995.

Como observamos en la tabla 35, los mayores necesitan ayuda de forma continua para realizar determinadas actividades tales como «hacer gestiones» o «ir al médico» en porcentajes que prácticamente se sitúan alrededor del 60%. Habría que destacar, una vez más, que la frecuencia de ayuda para la realización de este tipo de actividades se incrementa con la edad de los mayores.

68 3.2.4. Las consecuencias del cuidado a la persona mayor dependiente

Como es fácil suponer, la frecuencia de realización de determinadas actividades por parte del mayor, así como el necesario apoyo que tienen que prestar los cuidadores para que éste pueda desarrollar algunas actividades de la vida diaria, provocan una sobrecarga en el cuidador, que da lugar a la aparición de determinadas problemáticas.

Por citar tan sólo uno de los estudios más significativos que recoge directamente las consecuencias en la propia vida del cuidador en la prestación de cuidados al mayor dependiente, presentamos una vez más los resultados del estudio del Inerser/CIS (1995 a).

TABLA 36

Consecuencias en la vida del cuidador de la prestación de cuidados

	Total	Hombres	Mujeres
Ha tenido que reducir su tiempo de ocio	64,1	66,4	63,7
Se encuentra cansado	51,2	38,7	53,5
No puede ir de vacaciones	48,4	44,3	49,1
No tiene tiempo para frecuentar amistades	39,4	40,3	39,2
Se siente deprimido/a	32,1	22,5	33,9
Deteriora su salud	28,7	14,6	31,3
No puede plantearse trabajar fuera de casa	26,9	13,3	28,9
No dispone de tiempo para otras personas	26,4	7,9	30,4
No tiene tiempo para cuidar de sí mismo/a	23,0	16,1	24,2
Tiene problemas económicos	20,9	23,2	20,5
Ha tenido que reducir jornada de trabajo	12,4	10,5	12,8
Ha tenido que dejar de trabajar	11,5	8,5	12,0
Tiene conflictos con su pareja	9,1	7,9	9,3

Fuente: *Inserso/CIS, 1995.*

Como se puede observar, las consecuencias más frecuentes, incluso mayoritarias, se refieren a la reducción de horas de ocio o a la sobrecarga de trabajo con el correspondiente cansancio. Cabe señalar que las consecuencias descritas no presentan variaciones significativas en función de la edad, salvo algunas de ellas, como el cansancio o el deterioro de la salud, consecuencias ambas notablemente más frecuente en las mujeres.

En fechas más recientes, Izal, Montorio y Díaz (1997) han elaborado una excelente guía para cuidadores, en donde señalan una serie de consecuencias del cuidado familiar. Son éstas:

- Aparición de problemas en la esfera de las relaciones familiares.
- Incremento en la aparición incontrolada de reacciones emocionales diversas.
- Consecuencias físicas y psíquicas sobre la salud.
- Consecuencias en el ámbito laboral.
- Aparición de problemas económicos como consecuencia de los cuidados.
- Disminución de las actividades de tiempo libre y ocio.

En primer lugar, y como analizaremos más detenidamente en el punto siguiente, la incrementada dedicación a la atención al mayor da lugar con excesiva frecuencia a la aparición de problemas en el ámbito de las relaciones familiares por parte del cuidador, especialmente en lo que se refiere a la relación con el cónyuge y con los hijos. Como acertadamente señalan algunos autores (Algado, Basterra y Garrigós, 1997), «la enfermedad crea una tercera víctima: la familia del cuidador, fundamentalmente sus cónyuges y sus hijos, quienes indirectamente resultan afectados al tener el cuidador que dedicarse, en cuerpo y alma, al familiar enfermo. Esta situación viene a añadir un nuevo complejo de culpa al cuidador que siente que el enfermo le roba todo su tiempo y que tiene abandonados a su pareja y a sus hijos» (p. 244).

En segundo lugar, numerosos autores relatan un notable incremento en la aparición incontrolada de reacciones emocionales intensas (Mace y Rabins, 1991; Pérez del Molino, Jiménez y De Paz, 1993; Algado, Basterra y Garrigós, 1997; Cohen y Eisdorfer, 1997; Izal, Montorio y Díaz, 1997). Sentimientos tales como: enojo, impotencia, soledad, vergüenza, etc., son descritos frecuentemente por los cuidadores de personas mayores afectadas por algún proceso crónico invalidante.

En tercer lugar, prácticamente todos los cuidadores de mayores en situación de dependencia relatan la aparición de problemas de salud, tanto de tipo físico como psíquico (cansancio, dolores de espalda, ansiedad, depresión, etc.).

Por otra parte, el cuidado de las personas mayores acarrea problemáticas en el ámbito laboral. La necesidad de cuidado a primeras horas provoca retrasos en la entrada al trabajo; el agravamiento del proceso provoca ausencias temporales; el agotamiento del cuidador puede igualmente dar lugar a falta de rendimiento en el trabajo, etc. Hasta el punto de que en muchas ocasiones el cuidador tiene que abandonar su actividad laboral, o pactar una actividad más reducida, de tal forma que disponga de tiempo para atender adecuadamente al mayor dependiente.

El cuidado de una persona mayor dependiente provoca de igual forma una serie de problemas económicos. Cuando la situación de dependencia se agrava, el enfermo necesita de un tipo de ayudas que no siempre son contempladas por las políticas sociales. La necesidad de ayuda por parte de alguna otra persona en el propio domicilio del mayor, la estancia en un adecuado Centro de Día para personas de edad avanzada, o simplemente, los cuidados que necesita el mayor para desarrollar las actividades de la vida diaria, provocan desajustes económicos en la familia, que difícilmente son contemplados por las políticas sociales en la actualidad.

Finalmente, la situación de sobrecarga que conlleva el cuidado de una persona mayor en situación de dependencia da lugar, tal y como hemos visto en la tabla 36, a la reducción de las actividades de ocio, a la pérdida de relaciones personales, o en definitiva a la falta de tiempo para dedicarlo a uno mismo.

3.2.5. El apoyo continuado al cuidador. El apoyo emocional

Quien no es consciente de la enorme sobrecarga que supone el cuidado de una persona mayor dependiente, y las repercusiones de toda índole que esta circunstancia acarrea en el cuidador, que puede tener dificultades en entender, en ocasiones, las a veces «simples» demandas de ésta para hacer frente a determinadas problemáticas personales y que a buen seguro, esa persona que presta cuidados podría resolver en otras circunstancias sin esa sobrecarga de estrés añadido.

Por tanto, el apoyo a los cuidadores de mayores dependientes se convierte finalmente en el eje central sobre el que pivota el proceso de intervención a nivel familiar. Sin cuidador, no existe la posibilidad de cuidados, por tanto, y aunque parezca una perogrullada, si enseñamos al cuidador a que se cuide él mismo aseguramos un cuidado eficaz para el mayor dependiente. Conviene no olvidar «nunca» en el proceso de intervención, esta reflexión tan simple, pero olvidada una gran mayoría de veces, por los profesionales que intervienen en este tipo de procesos.

Como hemos señalado anteriormente, en general, los problemas por los que pasan los cuidadores (dependiendo del tipo de apoyo que reciban) pueden conducirles a situaciones de estrés agudo que pueden dar lugar a determinadas patologías, tanto de tipo físico como psíquico. Es debido a esta circunstancia por lo que muchos cuidadores/as deciden reordenar sus hábitos de vida a fin de no llegar a estas situaciones.

Como acertadamente señalan Izal, Montorio y Díaz (1997), muchas de las personas que tienen la experiencia de cuidar a un familiar suelen aludir a dos motivos por los que han decidido cuidarse a sí mismos. El primer motivo es mantener su propia salud y bienestar. El segundo motivo para cuidar de uno mismo es lograr el propio bienestar de la persona a la que se cuida.

En este sentido, y aparte del asesoramiento profesional individual que puede recibir por parte de los servicios formales o informales, cobra un auge inusitado la ayuda que pueden recibir los cuidadores a través de los grupos de autoayuda y asociaciones de voluntariado. Este es el caso especial de las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer, u otras organizaciones sin ánimo de lucro, que proporcionan «apoyos de respiro» a los cuidadores, y asesoramiento sobre recursos existentes para hacer frente al cuidado del mayor.

Cabría plantearse finalmente, en este apartado, cuál podría ser el futuro del apoyo informal y su relación con los servicios formales que pueden prestar determinados servicios al mayor en situación de necesidad de ayuda. P. Rodríguez (1995) ha intentado dar respuesta a esta reflexión:

1. El predominio de la familia (sobre todo de las mujeres y, en especial de las hijas) en la atención a las personas mayores dependientes es muy marcado. Del total de cuidados que reciben, el 86,5% proviene de la propia familia.
2. El perfil medio de las personas cuidadoras (mujer de 52 años, con pocos estudios y ama de casa) señala un indicio de transitoriedad en el tiempo de esta figura, debido al acceso a estudios superiores y a la incorporación al trabajo de las mujeres más jóvenes.
3. La carga del cuidado produce una serie de efectos negativos (en la salud, en la vida laboral y en las relaciones personales) que apenas han sido valorados en España.
4. El sentido de la obligación moral que impregna a la sociedad española con respecto a los cuidados en la vejez provoca emociones muy positivas en la relación de ayuda y, al mismo tiempo, en algunas ocasiones, sentimientos encontrados ante la dificultad de conciliar vida personal y cuidados. La ambivalencia emocional de los cuidadores/as es una de sus características.
5. Los servicios sociales formales de atención que se prestan a las personas que precisan cuidados y viven en su domicilio tienen muy poca significación. El peso de los mismos sólo es el 4,7% del total de cuidados recibidos.
6. La colaboración entre los servicios formales y los cuidadores/as informales es muy escasa.
7. Las necesidades de atención que en ocasiones tienen las personas mayores dependientes se traducen en un peso de horas de atención que no siempre puede ser asumido en exclusividad por la familia, aparte de que para hacerlo, en todo o en parte, sería necesario contar con una formación previa y supervisión profesional que pocas veces se produce

Poco podría suponer nuestra buena amiga Pilar Rodríguez en 1995, que en los albores del siglo *xxi*, un nuevo y emergente recurso podría proporcionar un apoyo de respiro a muchas familias de nuestro país, para hacer frente a la situación de dependencia en personas mayores a través de la llegada masiva de inmigrantes, y que, como veremos en los siguientes capítulos de nuestro trabajo, están encontrando la posibilidad de cohabitar entre nosotros desempeñando una actividad, que como consecuencia de los cambios familiares acaecidos en los últimos años, ha comenzado a entrar en crisis. Es el punto que analizamos a continuación.

3.3. LOS CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

3.3.1. La situación familiar en el contexto español

La familia continúa siendo la institución que asume el cuidado de las personas mayores. Las rápidas y profundas transformaciones vividas en su seno repercuten fuertemente en la gestión del tiempo y los recursos disponibles que hasta ahora se venían dedicando al cuidado de los más dependientes. Veamos aquí los principales rasgos de esta evolución.

En primer lugar, hemos pasado de una familia extensa y tradicionalmente rural a un modelo de familia nuclear y especialmente asentada en el medio urbano. De este modo, la familia se repliega sobre sí misma y se genera un sentimiento de unidad familiar íntimo de unos pocos sujetos que se apoyan entre sí, pero que inevitablemente dejan de sentirse arropados en situaciones de necesidad por un colectivo más amplio. Como oportunamente señala Alberdi (1999), «uno de los rasgos más destacados de las familias españolas en este principio de siglo es el de que con los viejos se coexiste más y se convive menos» (p. 325).

Por otra parte, el medio urbano, si bien aparentemente ofrece oportunidades de apoyo y determinados servicios como atención sanitaria, educación, etc., lo cierto es que el núcleo familiar se encuentra encerrado en sí mismo y tampoco los servicios públicos son capaces de generar el apoyo social que inicialmente se les supone. Como se ha señalado en un reciente trabajo (Berjano, 2002), los recursos dedicados a la atención a mayores dependientes, en una gran ciudad como Valencia, resultan escasos y por supuesto insuficientes para atender las demandas de este colectivo.

En segundo lugar, y como hemos señalado en anteriores y repetidas ocasiones, los importantes avances en materia sanitaria y el enorme descenso de las tasas de fecundidad han conducido a una reducción notable del número de miembros de la unidad familiar. En este sentido, cuando alguien envejece las posibilidades de contar con un apoyo adecuado disminuyen ostensiblemente. Con la reducción del número de hijos y el alargamiento de la esperanza de vida es de prever en el futuro un peso mayor del cuidado de los mayores sobre los jóvenes y los adultos. Con ello, y como señala Alberdi (1999), se presentan dificultades para compaginar las obligaciones laborales habituales y las nuevas demandas que las redes familiares van a tener.

En tercer lugar, la masiva incorporación de la mujer al mundo del trabajo ha generado igualmente un importante cambio en la familia. Como veremos posteriormente, resulta paradójico que esta incorporación de la mujer al mundo del trabajo y el crecimiento de una mentalidad más igualitaria de género, no

ha supuesto sin embargo, cambios importantes en el desempeño de roles dentro de la estructura familiar. La mujer, aparte de desempeñar una actividad laboral fuera del hogar, sigue siendo la encargada de organizar y gestionar el ámbito familiar, incluyendo el cuidado del esposo, la educación de los hijos y el cuidado de los mayores en situación de fragilidad.

Por último, pero no menos importante, las políticas de protección a la familia han ido perdiendo importancia dentro de los presupuestos sociales del Estado. Como señala Pérez Ortiz (1997), es fácil constatar que los gastos de protección a la familia disminuyen su importancia con respecto al total de las prestaciones en la mayoría de los países entre 1980 y 1993. Esto es así hasta el punto, de que como señala esta autora, la protección familiar se ha convertido en una función simbólica.

Aunque en ninguno de los países de la Comunidad Europea los gastos de protección a la familia constituyen una de las grandes partidas de los gastos de protección social, su importancia es muy variable de unos a otros, oscilando entre el 2% del total de los gastos en España, hasta países como Luxemburgo o Gran Bretaña, donde suponen el 10% de todas las prestaciones sociales.

Loables y tímidos intentos de paliar esta situación a través de determinadas medidas a nivel autonómico como es el caso de «las ayudas a mujeres cuidadoras de mayores» instituida por la Comunidad Autónoma Valenciana no hacen sino maquillar la insuficiente atención que se presta a la familia cuando ésta tiene a su cuidado personas de edad avanzada en situación de dependencia.

3.3.2. La composición de hogares en la sociedad española

Si como apunta J. A. Rodríguez (1994), en la gran mayoría de casos cuando los mayores necesitan atención y cuidados son las familias en un 90% las que se encargan del cuidado de éstos, la forma de convivencia de los mayores resulta un indicador muy importante para prever las posibilidades de atención de este colectivo por parte de las familias.

TABLA 37

Formas de convivencia de la población mayor por género y grupos de edad

	Sexo			Edad			
	Total	Varones	Mujeres	65-69	70-74	75-79	Más 79
1. En la propia casa	86,9	91,7	83,5	95,3	91,2	91,2	73,5
1.1. En la propia casa solo	14,2	6,9	19,6	13,0	13,9	15,2	15,0
1.2. En la propia casa con su pareja	55,7	73,9	42,4	69,6	64,5	57,2	35,5
1.2.1. Sólo con la pareja	41,3	53,6	32,2	46,9	46,2	45,8	30,0
1.2.2. Con pareja e hijos	13,8	19,4	9,7	22,2	17,1	10,6	5,2
1.2.3. Con otros familiares	0,6	0,9	0,5	0,5	1,2	0,8	0,3
1.3. En la propia casa con hijos u otros familiares	17,0	10,9	21,5	12,7	12,8	18,8	23,0
1.3.1. Con hijos	12,6	7,4	16,4	8,6	9,2	13,1	18,5
1.3.2. Con otros familiares	4,4	3,5	5,1	4,1	3,6	5,7	4,5
1.4. En la propia casa con servicio doméstico	0,5	0,1	0,8	—	0,2	0,5	1,2

TABLA 37 (continuación)

	Sexo			Edad			
	Total	Varones	Mujeres	65-69	70-74	75-79	Más 79
2. En otra casa	11,4	7,3	14,4	4,5	6,9	7,6	23,3
2.1. En casa de los hijos	9,3	5,6	12,0	2,9	4,5	6,0	20,8
2.1.1. Con pareja e hijos	1,7	1,9	1,6	1,6	2,1	0,8	2,0
2.1.2. Sólo con los hijos	7,6	3,7	10,4	1,3	2,4	5,2	18,8
2.2. En casa con otros familiares	2,1	1,7	2,4	1,6	2,4	1,6	2,5
3. Otras situaciones	1,1	0,9	1,3	0,3	1,5	0,5	2,0
N.C.	—	0,1	—	—	0,2	—	—
(N)	2.430	1.032	1.399	721	537	422	747

Fuente: CIS-IMSERSO. Estudio 2.279, febrero-marzo, 1998.

Como se puede observar, más de la mitad de las personas mayores de 65 años en nuestro país conviven en la propia casa acompañados de su pareja, hijos u otros familiares, mientras que otro 17% vive igualmente en su casa con los hijos u otros familiares. De algún modo, esta situación posibilita la existencia de un apoyo informal que pueda prestar determinados cuidados ante la aparición de un proceso de dependencia.

De cualquier manera, y por cuanto se refiere a los objetivos fundamentales de nuestra investigación, quisiéramos apuntar que la población que convive en su propio domicilio con servicio doméstico, alcanza al 1,2% de la población en la cohorte que se sitúa por encima de los 79 años. Si en la actualidad, la cohorte de edad que se sitúa en 80 años y más alberga un total de prácticamente un millón y medio de personas, el dato nos parece revelador por cuanto que más de 18.000 personas viven en este momento al cuidado de alguna persona, y mucho nos tememos que en una elevada proporción correspondan a la población inmigrante objeto de nuestro estudio.

Apuntar finalmente que un porcentaje superior al 14% de la población de 65 y más años vive sola en su propio domicilio, lo que posibilitará todavía más si cabe la aparición de recursos dedicados a la atención a los mayores en situación de dependencia.

3.3.3. La incorporación de la mujer al mundo laboral. La crisis del cuidado informal

Como hemos venido observando a través de epígrafes anteriores, han sido las familias, y especialmente las mujeres, las que con su abnegación y sacrificio personal han hecho posible en nuestro país que una gran parte de las personas mayores en situación de dependencia hayan gozado de una mínima calidad de vida.

Tanto esto es así, que ya en 1992 Fernández Cordón llevaba a cabo un análisis proyectivo sobre la evolución de lo que eufemísticamente denomina potencial de cuidadores familiares en España y que, en reali-

dad, se refiere especialmente al proceso de evolución del número de mujeres entre 45 y 69 años en nuestro país. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla que sigue a continuación.

TABLA 38

Potencial de cuidados familiares. Evolución del indicador potencial de cuidados a las personas mayores en España

Años	Índice A	Índice B	Índice C
1950	1,61	2,68	5,18
1970	1,34	2,18	3,98
1991	1,01	1,53	2,46
2011	0,96	1,35	2,00

Nota: En el numerador de los tres índices se considera el número de mujeres entre 45-69 años. En el denominador figura: Índice A (población mayor de 65 años); Índice B (mayores de 70 años); Índice C (personas de 75 y más años).

Fuente: Fernández Cordón (1992). Informe español para el Observatorio Europeo.

Del análisis de esta evolución se concluye que cada vez existen menos mujeres en edad de cuidar y más mayores que precisan cuidados de larga duración y que esta brecha se incrementa con el paso de los años.

En fechas más recientes, Puga (2002) realiza igualmente una prospección de potenciales cuidadoras, analizando igualmente la evolución del número de mujeres entre 40 y 65 años, pero situando a las mismas según la tasas de actividad de esta cohorte.

TABLA 39

Estimación prospectiva de potenciales cuidadoras, año 2010

	1998	2010
Población 40-65 años	11.495.979	13.639.874 - 13.708.343
Población no activa 40-65 años	4.867.657	4.042.145 - 4.061.574
Mujeres 40-65 años	5.839.299	6.924.049 - 6.943.590
Mujeres no activas 40-65 años	3.723.999	2.876.452 - 2.886.029

Fuente: M. A. Puga (2002), «Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España». Previsión al año 2010, Madrid, Fundación Pfizer.

Como señala esta autora, en la actualidad, la población entre 40 y 65 años es de aproximadamente once millones y medio de personas, de las cuales algo más de la mitad son mujeres. En el año 2010 la población en estas edades aumentará en más de dos millones, y en más de uno lo hará la población femenina en estas mismas edades. A pesar de ello, la población no activa femenina entre 40 y 65 años no sólo no aumentará, sino que se reducirá fuertemente. En el corto plazo que nos separa del año 2010, la pobla-

ción potencialmente cuidadora de la dependencia en la vejez, si las pautas actuales no cambian, se reducirá en un millón de personas (Puga, 2002).

Así pues, y aun a pesar del lento crecimiento demográfico de la población dependiente que se producirá en los próximos años, la demanda de servicios para los cuidados de la dependencia en la vejez se dirigirá a las propuestas de mercado regular o irregular para resolver esta situación. Pensamos que estas soluciones se están dando ya en este momento de manera significativa.

Recientemente, Alberdi (1999) señala precisamente que uno de los motores más importantes de la dinámica social actual es el cambio en la posición actual de las mujeres. Las demandas de ayuda familiar someten a las mujeres a una opción entre lealtades contrapuestas, obligándolas a elegir entre sus oportunidades individuales o responsabilidades laborales y sus obligaciones de solidaridad con las generaciones anteriores, siendo en algunos casos difíciles de satisfacer las peticiones de apoyo que la red familiar presenta en momentos concretos.

En este mismo sentido se expresa G. Meil (2002) cuando se refiere a que: «En la medida en que el proceso de privatización de los proyectos de vida individual ha erosionado el control social para la asunción de responsabilidades familiares (tenencia de niños y cuidado personal de familiares necesitados de ayuda), la actual configuración de la protección social eleva los costes, al tiempo que reduce las ventajas de la asunción de responsabilidades familiares, generando nuevas desigualdades derivadas de las opciones familiares. De hecho, la organización del sistema de distribución y redistribución de la renta (mercado de trabajo, sistema de protección social y sistema de imposición sobre la renta) genera una doble discriminación contra las mujeres/familias que no pueden conciliar vida familiar y vida laboral, generando desigualdades derivadas no sólo de la situación de clase y género, sino también de las responsabilidades familiares que se asumen. Estas desigualdades se materializan en dos dimensiones distintas, por un lado, en biografías de aseguramiento más irregulares en aquellos casos en los que no se produce un abandono completo del mercado de trabajo y en la ausencia de protección social, así como en las correspondientes rentas del trabajo, en los casos en que sí se abandona definitivamente el mundo del trabajo. Los casos extremos que ilustran estas desigualdades serían una pareja sin hijos ni mayores que cuidar en la que ambos cónyuges trabajan a tiempo completo y una familia numerosa que además cuida de sus mayores necesitados de ayuda que hace imposible el que ambos cónyuges trabajen: mientras en el primer caso la unidad conyugal tras una vida laboral completa habría podido acumular capital para hacer frente a las necesidades de la tercera edad además de obtener dos pensiones de jubilación y una de jubilación y otra de viudedad cuando uno de los dos falleciera (sujetas no obstante a un tope máximo), financiadas por las nuevas generaciones de cotizantes, en el segundo caso, las posibilidades de ahorro serían mucho más limitadas (según los casos, imposible) y los derechos a garantía de rentas en la tercera edad se limitarían a una pensión de jubilación y a la muerte del esposo a una pensión de viudedad» (p. 106).

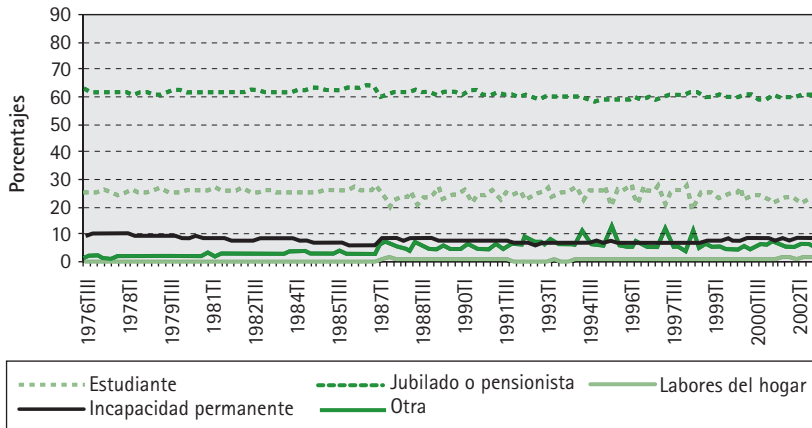
Para concluir este epígrafe, apuntaremos, junto con Alberdi (1999), que en estos momentos existe un debate pendiente en la sociedad española acerca de quién y cómo hemos de hacernos responsables de los mayores dependientes: si debe ser la sociedad como conjunto la que afronte estos problemas, es decir, con la intervención del Estado, poniendo a disposición recursos para proporcionar atención a este colectivo, o si debe ser cada cual de forma independiente (los propios individuos y las familias) quien haga frente a las necesidades de sus parientes.

3.3.4. La participación laboral de la mujer y el cambio en la disposición del cuidado al mayor discapacitado

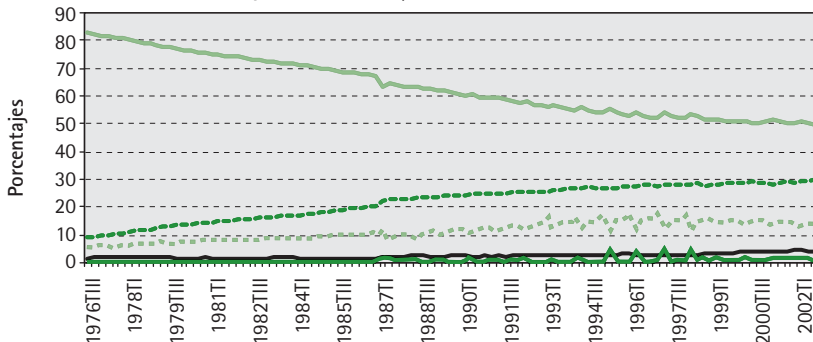
El cuidado del mayor discapacitado que ejercen las mujeres en nuestro país —mayoritariamente las hijas y las nueras— descansa sobre un modelo familiar de reparto desigual de roles, basado en el trabajo doméstico de la mujer y en su situación de inactividad económica. En los últimos años, el incremento de la participación laboral de la mujer en España ha provocado un profundo cambio de escenario. Es cierto que la división de roles dentro del hogar se ha mantenido y que la mujer sigue haciéndose cargo de la mayoría de las tareas domésticas, al tiempo que ha acabado asumiendo la doble carga de trabajo, fuera y dentro del hogar. Sin embargo, por razones obvias, la responsabilidad del cuidado de los mayores discapacitados y de la realización de las tareas domésticas que ellos no pueden realizar por sí mismos, no puede recaer en las mujeres que trabajan fuera del hogar de la misma manera que ha recaído y recae en las amas de casa. Con lo cual disminuyen las opciones que se presentan a las familias cuando han de hacer frente a la organización del cuidado al mayor discapacitado. Veamos con detalle las principales características de los cambios de actividad en las mujeres.

GRÁFICO 7

Hombres inactivos por situación de inactividad



Mujeres inactivas por situación de inactividad



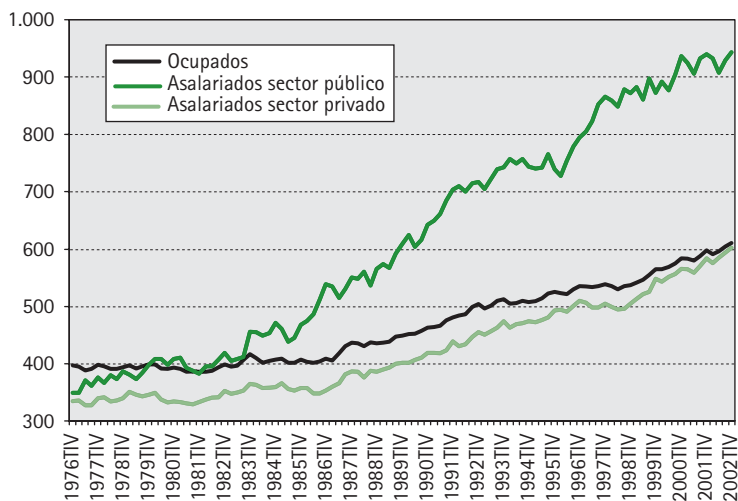
Fuente: INE: Encuesta de Población Activa. Elaboración propia.

La distribución de los hombres en las diferentes situaciones de inactividad muestra cambios poco sensibles en los últimos veinticinco años. Todo lo contrario sucede en las situaciones de inactividad de las mujeres: el peso relativo de las mujeres inactivas dedicadas a las labores del hogar se ha reducido drásticamente a costa de un ligero aumento de las mujeres que estudian, pero sobre todo a costa del fuerte incremento de las mujeres jubiladas. Cabe, pues, destacar que la dependencia económica de las mujeres, a diferencia de la de los hombres, ha sufrido profundas transformaciones.

Los grandes cambios en la estructura de la inactividad femenina han coincidido en el tiempo con una de las más grandes transformaciones acaecidas en nuestra sociedad: la entrada de la mujer en el mercado laboral. Estos cambios quedan perfectamente ilustrados cuando observamos el aumento del número de mujeres ocupadas en relación al de ocupados. En 1976 sólo había dos mujeres ocupadas de cada cinco hombres, mientras que en la actualidad ya hay más de tres. En el sector privado el incremento del número de asalariadas con respecto al de asalariados ha sido igual de espectacular. Y todavía más espectacular ha sido el incremento de las mujeres en el sector público, donde su número prácticamente se equipara al de los hombres.

GRÁFICO 8

Número de mujeres ocupadas por mil hombres



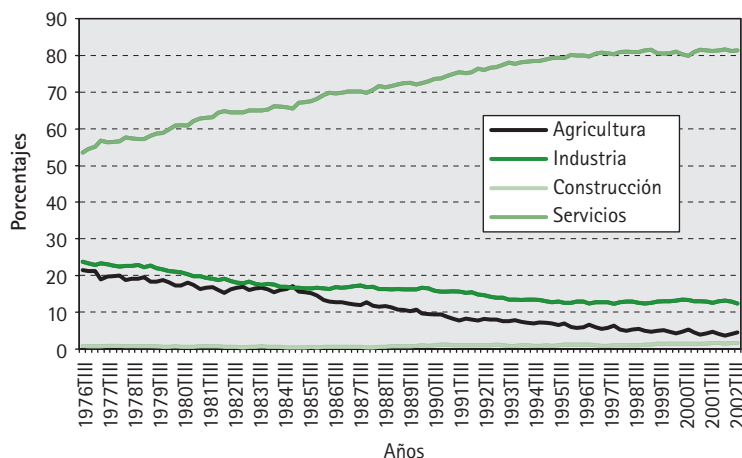
Fuente: INE. Encuesta de Población Activa. Elaboración propia.

El incremento de la participación laboral femenina es, además, uno de los mayores determinantes del cambio estructural de la ocupación en nuestro país. Éste constituye la clave para entender la transformación estructural de nuestra economía hacia el postfordismo. En otras palabras, la incorporación laboral de la mujer es uno de los factores más importantes del crecimiento del sector servicios. Tal como se puede observar en el gráfico 9, el peso porcentual de las mujeres ha ido disminuyendo en la industria y aún más en la agricultura, a costa de un aumento espectacular en el sector servicios.

Veamos ahora con más detalle la evolución de la actividad protagonizada por las mujeres susceptibles de cuidar a nuestros mayores discapacitados. Con este fin construimos dos ilustraciones, la primera nos representa el cambio de la estructura de la actividad llevado a cabo por estas mujeres y nos hace bien visibles los cambios acaecidos conjuntamente en los dos grupos de actividades relacionadas con el cuidado de los mayores discapacitados¹. La segunda hace referencia al cambio de magnitudes; es decir, al ritmo de crecimiento de la actividad que han generado las mujeres en general y, específicamente, el ritmo de crecimiento de, por un lado, las actividades sanitarias, veterinarias y servicios sociales; por otro, lado, el grupo de otras actividades sociales, de servicios prestados a la comunidad y de servicios personales; y finalmente el servicio doméstico.

GRÁFICO 9

Mujeres ocupadas por sector de actividad, 1976-2003



Fuente: INE. Encuesta de Población Activa. Elaboración propia.

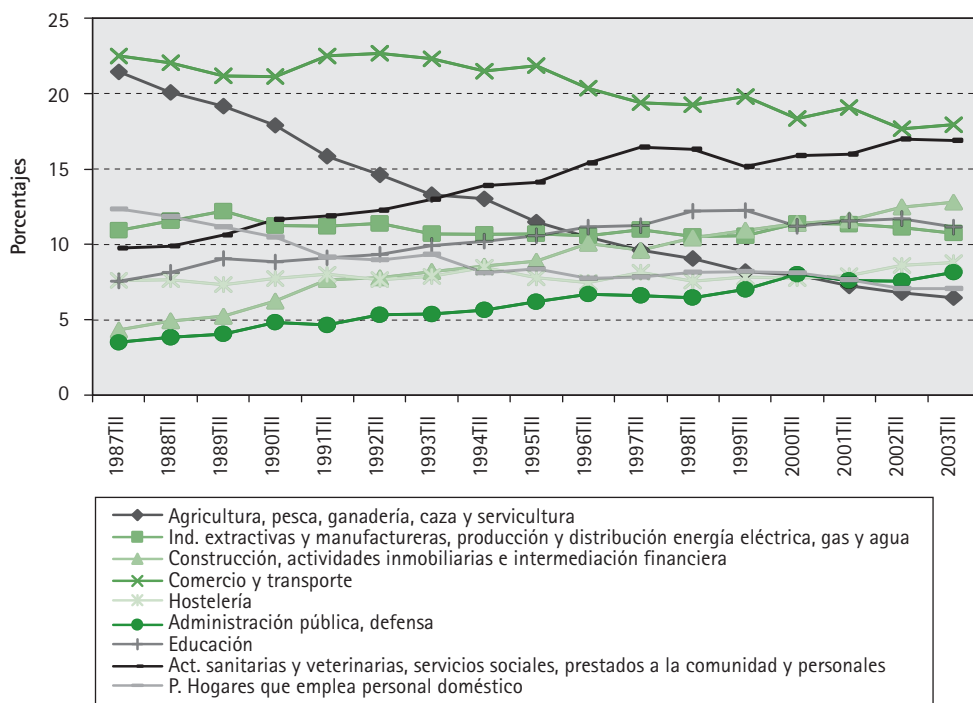
En el primer gráfico observamos que la actividad de las mujeres adultas españolas (40-64 años) ha modificado considerablemente su estructura desde 1987 hasta hoy. La agricultura, como venía sucediendo anteriormente, ha continuado su declive, pero con una pendiente de caída quizás inesperada, por el dramatismo con el que se ha producido. Paralelamente, con una pendiente menos dramática, pero igualmente importante, el peso relativo de las actividades surgidas alrededor del cuidado a los mayores discapacitados ha ganado mucha importancia. También crece espectacularmente la actividad femenina

¹ En el grupo de actividad *Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales* se incluyen las actividades sanitarias, actividades hospitalarias, actividades médicas, actividades odontológicas, otras actividades sanitarias, actividades sanitarias de profesionales independientes (excepto médicos), actividades de servicio de ambulancia, laboratorios de análisis clínicos de anatomía patológica y similares. En el grupo *otras actividades sociales y de servicios prestados a la comunidad y de servicios personales* se integran las actividades de servicios sociales, actividades de prestación de servicios sociales con alojamiento, acogimiento de mayores con alojamiento, acogimiento de personas con minusvalías con alojamiento, acogimiento de menores con alojamiento, acogimiento de mujeres con alojamiento, otro acogimiento con alojamiento, actividades de prestación de servicios sociales sin alojamiento, actividades de servicios sociales a personas con minusvalías, guarderías, actividades de servicios sociales a domicilio, promoción de la convivencia, otros servicios sociales sin alojamiento.

en el sector de las actividades inmobiliarias y de intermediación financiera, grupo en el que hemos incluido la actividad de la construcción, con muy poco peso específico femenino. Finalmente, crece también la actividad femenina en los sectores de la educación y la Administración pública. Nos interesa resaltar que estos mismos cambios estructurales han provocado una caída del sector del servicio doméstico, que, como veremos más adelante, ha constituido uno de los más fuertes crecimientos entre la actividad de las mujeres inmigrantes.

GRÁFICO 10

Mujeres activas de 40-64 años por rama de actividad. Período 1987-2003



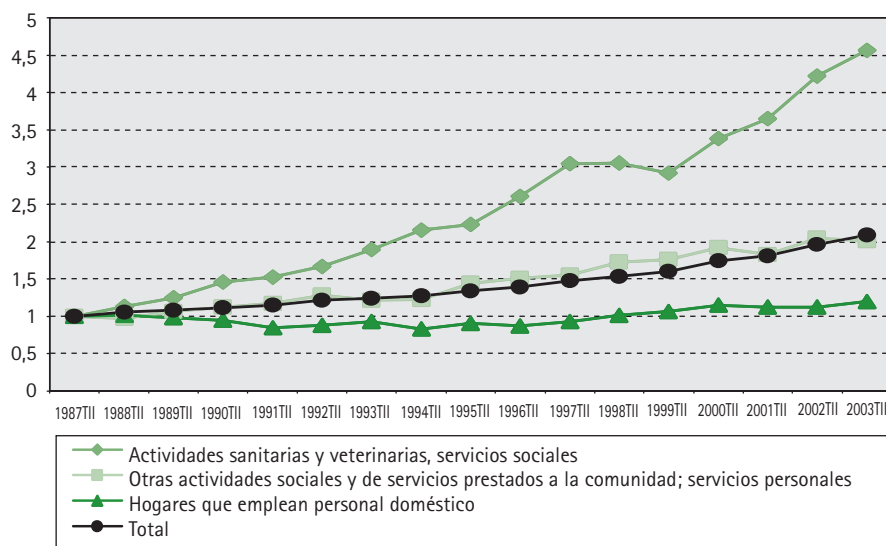
Fuente: INE. Encuesta de Población Activa. Elaboración propia.

La actividad de las mujeres de 40 a 64 años se ha duplicado a lo largo del período que va desde 1987 hasta la actualidad. Sin duda alguna, al ir creciendo la opción de encontrar trabajo fuera del hogar, la provisión del cuidado de los mayores discapacitados ha tenido que verse afectado por fuerza ya que este grupo de población no ha cesado de crecer, y con fuerza, durante el mismo período. La provisión de ayuda se ha vuelto mucho más complicada para aquellas mujeres que optando por un trabajo fuera del hogar, cargan todavía con la mayor porción de las tareas domésticas, tal como muestra la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003 (INE, 2003).

El grupo de otras actividades sociales, servicios prestados a la comunidad y servicios personales ha crecido al mismo ritmo que la actividad general de estas mujeres. Por su lado, la actividad de las mujeres de este grupo de edad en el servicio doméstico parece estar creciendo desde 1998, aunque débilmente. Pero quizás el cambio más espectacular es el constituido por el crecimiento del grupo de otras actividades sanitarias y servicios sociales² donde se incluyen las actividades hospitalarias, médicas y de atención a los problemas de salud. En el período observado la actividad de las mujeres de 40-64 años en este sector se ha multiplicado por 4,5.

GRÁFICO 11

Crecimiento de las mujeres activas en ramas relacionadas con el cuidado a mayores



Fuente: INE, Encuesta de la Población Activa. Base 2.º trimestre 1987. Elaboración propia.

Las mujeres han salido de los hogares para ir a trabajar en el mercado laboral, y lo han hecho con un crecimiento paulatino incluso en las edades en las que se hubieran podido dedicar a la asistencia y el cuidado de los mayores discapacitados. Al salir al mercado han ido preferentemente al sector servicios, es decir, han dado un paso desde el sector de servicios informal y doméstico al sector de servicios del mercado formal. Con ello han dejado de estar «disponibles» en tareas que la sociedad les ha reservado durante muchos años, como el cuidado de los mayores. A medida que han perdido esta disponibilidad, las mujeres extranjeras, tal como vemos en este capítulo, han ido entrando en el sector servicios por abajo, tanto en el mercado formal como en el informal, ocupando las plazas vacantes que han ido dejando las españolas. La diferencia salarial entre ellas y sus sucesoras, y otras razones, como la opción de mantener un puesto en el mercado laboral, determinan que hoy en día salga a cuenta la contratación

² En este grupo se incluyen también las actividades veterinarias que no son el objeto de nuestro interés.

de una extranjera para el cuidado de los mayores. Ahora bien, este sistema se mantiene gracias a la flexibilidad salarial y funcional que ofrece el mercado informal, y cabe preguntarse qué sería de este escenario si se regulara este sector.

4. LA SITUACIÓN DE CONVIVENCIA DEL MAYOR DEPENDIENTE

4.1. SITUACIÓN ACTUAL DE CONVIVENCIA DE LOS MAYORES DEPENDIENTES EN ESPAÑA

La posibilidad de contar con cuidados que proporcionen un apoyo informal, a través de la familia o bien poder contar con la ayuda de alguna persona que en el propio domicilio pueda ayudar de igual modo a sobrellevar una situación de dependencia, es un dato que nos parece interesante conocer, a fin de situar en su justa medida las necesidades de la población mayor en nuestro país.

En la tabla que sigue a continuación (Tabla 40), M. A. Puga (2002) recoge la situación de convivencia de las personas mayores en España, situando como indicador principal, la posibilidad o no de que se vean afectados por un proceso de dependencia.

TABLA: 40

Situación de convivencia de mayores dependientes y no dependientes

	Dependientes	No dependientes
Solo/a	12,5	14,8
Con su pareja	29,0	46,5
Con su pareja e hijos		
Total	10,6	17,6
En su casa	8,2	16,3
En casa de sus hijos	17,4	2,7
Con sus hijos		
Total	35,9	12,3
En su casa	18,5	9,6
En casa de sus hijos	17,4	2,7
Con otros familiares		
Total	7,9	5,6
En su casa	4,3	4,3
En casa de sus familiares	3,6	1,3
Con empleado/a del hogar	1,3	0,1
Número medio de miembros	4,6	3,5
Número medio de miembros mayores de 65 años	2,0	2,2
Residencia de los hijos (multirrespuesta)		
Algún hijo vive en la misma localidad (%)	55,3	53,0
En la misma localidad y al lado o muy cerca (%)	13,5	14,4
En la misma localidad y cerca a una distancia media (%)	21,9	21,4
En la misma localidad y lejos o muy lejos (%)	5,3	4,6
Ningún hijo vive en la misma localidad (%)	17,1	21,0

Fuente: M. A. Puga (2002), «Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España». Previsión al año 2010, Madrid, Fundación Pfizer.

Como podemos observar, un 12,5% de las personas mayores que padecen algún proceso de dependencia se encuentran viviendo solas, lo que nos debería situar en un grado de atención permanente frente a la calidad de vida de estas personas.

Por otra parte, se observa igualmente que un elevado porcentaje de estas mismas personas en situación de dependencia sí puede contar en cambio con el apoyo de su pareja (29%) o de sus hijos (35,9%).

Por cuanto se refiere a los objetivos de nuestra investigación, apuntar que el número de personas que cuentan con un empleado/a del hogar difiere enormemente dependiendo de si éstas se encuentran o no en situación de dependencia, pasando del 0,1% cuando no son personas dependientes al 1,3% cuando el mayor se encuentra necesitado de ayuda para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Finalmente, apuntar que un 55,3% tienen algún hijo que vive en la misma localidad y otro 13,5% que vive en la misma localidad y, además, muy cerca de la persona mayor dependiente.

Un aspecto importante que nos parece interesante destacar, por cuanto se refiere a la aparición de un proceso de dependencia, se refiere a las personas que viven solas en sus domicilios y que necesariamente requerirían la ayuda de alguna persona para poder llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

Según los resultados apuntados por una reciente publicación del IMSERSO (2002) y que proceden del Estudio núm 2.279 de CIS-IMSERSO, en España, en estos momentos hay más de un millón de mayores que viven solos. Como se observa, en la tabla que sigue a continuación, según aumenta la edad (e igualmente aumenta la posibilidad de dependencia), aumenta la proporción de mayores que viven solos, desde el 12,9% de los que tienen entre 65 y 69 años al 15,2% entre los 75 y los 79 años o al 14,6% de los mayores de 79 años.

TABLA 41
Características de los mayores que viven solos

Sexo	Total mayores	Mayores que viven solos	
		% verticales	% horizontales
Varones	42,6	19,8	6,5
Mujeres	57,4	80,2	19,6
Edad			
65-69 años	29,8	27,5	12,9
70-74	22,1	21,6	13,7
75-79	17,3	18,7	15,2
Más de 79	30,7	32,0	14,6
Estado civil			
Soltero/a	7,9	20,1	35,7
Casado/a	57,4	1,4	0,3
Viudo/a	33,5	74,4	31,2
Separado/a divorciado/a	1,0	4,0	56,1
Pareja estable	0,2	—	—

Fuente: CIS-IMSERSO. Estudio 2.279 (1998).

Como datos más relevantes de esta información, se observa que la gran mayoría de personas que viven solas son viudos (74,4%) o solteros (20,1%), por lo que en el caso de verse afectado por una situación de dependencia tendría que acudir de forma necesaria a un recurso estatal o del mercado para poder mantener una vida digna. Igualmente, otro dato relevante sería que a partir de los 79 años, un elevado porcentaje (30,7%) se encuentran viviendo solos y a los que habría que prestar una atención continuada.

4.2. EXPECTATIVAS DE CUIDADO AL MAYOR DEPENDIENTE POR PARTE DE LAS FAMILIAS

Si la situación de dependencia de las personas mayores va a ir incrementándose, siquiera tan sólo en función del aumento de la esperanza de vida de los españoles, analizamos a continuación, cuál es realmente la expectativa que suscita la necesidad de cuidados a otorgar a este colectivo por parte de la sociedad.

Comenzaremos por trazar una visión europea en cuanto se refiere a las importantes implicaciones de la familia referidas al cuidado de los mayores. El estudio del Eurobarómetro de 1998 (Walker, 1999) abordó este tema a través de la siguiente pregunta: «Supongamos que tiene un padre o una madre mayor que vive solo/a. ¿Cuál sería la mejor opción si esta persona ya no fuera capaz de estar viviendo solo/a?».

TABLA 42

¿Cómo ayudar a los padres que no pueden valerse por sí mismos?

	En el mismo edificio	Vive cerca	Ir a una residencia	En casa con cuidados	NS/NC
Austria	33,8	13,4	9,7	28,5	14,6
Bélgica	33,6	3,2	20,1	28,0	15,3
Dinamarca	10,3	9,6	30,9	43,3	6,0
Finlandia	15,6	6,6	15,3	51,9	10,6
Francia	33,5	3,7	13,6	36,8	12,5
Alemania	43,3	12,8	10,1	22,3	11,6
Grecia	70,7	16,6	0,4	10,8	1,4
Irlanda	44,9	8,1	3,2	24,6	19,3
Italia	51,6	8,6	1,7	25,6	12,5
Luxemburgo	37,1	2,9	23,1	17,4	19,6
Holanda	14,3	6,0	32,7	39,0	8,1
Portugal	67,1	2,8	9,1	12,2	9,3
España	73,1	3,1	4,9	9,5	9,4
Suecia	11,0	4,5	40,6	38,4	5,5
Reino Unido	33,8	12,5	14,1	25,1	14,5
UE 15	43,1	8,6	11,3	2,5	11,5

Fuente: A. Walker (1999), «Actitudes hacia el envejecimiento de la población en Europa». Una comparación de los Eurobarómetros de 1992 y 1999, Bruselas, DGV.

Como podemos observar, la opción por una atención residencial cuenta con más adeptos en los países del norte de Europa, en cambio, en los países más meridionales se opta por la solución de traer a los mayores a la propia casa para recibir el cuidado de la familia. España, junto a Grecia e Irlanda, presentan porcentajes de respuesta al proceso de institucionalización, muy por debajo del resto de la Europa Comunitaria.

En cuanto se refiere a la responsabilidad en el gasto originado por el cuidado del mayor dependiente, se formuló la siguiente pregunta: «¿Quién debería pagar principalmente por el cuidado de los padres mayores?». Los resultados a esta pregunta se observan en la tabla que sigue a continuación (Tabla 43).

TABLA 43
¿Quién debería pagar por el cuidado de los padres mayores?

	Las mismas personas mayores	Hijos	Estado Comunidad	Todos por igual	Otros/NS
Austria	10,6	41,4	21,5	19,5	7,0
Bélgica	20,6	10,7	48,6	14,6	5,5
Dinamarca	5,4	2,0	87,8	1,8	3,0
Finlandia	11,3	3,4	64,5	14,3	5,5
Francia	15,9	16,4	14,8	13,5	8,3
Alemania	19,0	11,0	46,4	18,1	5,3
Grecia	9,1	27,4	40,5	22,0	1,1
Irlanda	5,7	16,3	41,9	21,2	14,9
Italia	11,9	23,5	41,5	16,4	6,7
Luxemburgo	23,1	13,6	37,0	18,0	8,2
Holanda	13,9	6,8	65,1	9,8	4,4
Portugal	7,9	29,1	46,4	11,3	5,3
España	12,4	30,1	35,9	14,0	7,5
Suecia	8,8	2,5	79,7	6,7	2,2
Reino Unido	11,6	12,5	55,0	11,8	7,2
UE 15	14,0	17,1	47,7	14,7	6,4

Fuente: A. Walker (1999), «Actitudes hacia el envejecimiento de la población en Europa». Una comparación de los Eurobarómetros de 1992 y 1999, Bruselas, DGV.

Como vemos, los países en donde la tradición de cuidados familiares o apoyo informal se encuentra más desarrollada, como sería el caso de España, la atribución o responsabilidad de cuidados al Estado se manifiesta en menor medida que en los países en donde tradicionalmente se han incorporado las prestaciones a nivel estatal y en donde los servicios de proximidad al mayor se encuentran suficientemente implantados.

Por otra parte, destacar asimismo que en la opción donde se expresa que la responsabilidad del cuidado de los mayores dependientes corresponde por igual a las mismas personas mayores que a los hijos o que

al Estado, más uniformemente respondida que el resto de las opciones. De algún modo, la madura sociedad europea asume que ciertamente, la atención a la dependencia en mayores es una responsabilidad que atañe a todos por igual.

Por cuanto se refiere a nuestro país, veamos cuál es la opinión de la población española respecto al cuidado de los mayores, extraídas de un interesante estudio llevado a cabo por el INSERSO (1995 a) en colaboración con el CIS y en donde se preguntaba sobre la responsabilidad del cuidado de los mayores (Tabla 44).

Como se desprende de este informe, algo más de un tercio de los encuestados defiende la opción de que los padres vayan a vivir con los hijos, que es la respuesta más acorde con los valores tradicionales, pero frente a esta opción, el 47% de la población se inclina por defender la permanencia de las personas mayores en su casa, bien sea con provisión de cuidados de la propia familia o bien que esos cuidados y atención se provean por parte del Estado.

TABLA 44
Responsabilidad del cuidado de las personas mayores

	Acuerdo	Desacuerdo	NS/NC
1. El cuidado de los viejos es una obligación de los hijos	84	13	3
2. Los viejos son una carga para los hijos con los que viven	24	68	8
3. Los viejos son incapaces de cuidarse por sí mismos	23	66	11
4. Los viejos deberían vivir en asilos o residencias	14	78	8
5. Lo mejor que uno puede hacer es ayudar a sus padres mayores	92	5	3
6. Si uno tiene hijos pequeños no debería tener que preocuparse también de sus padres	18	74	8
7. El cuidado de los padres no es asunto de los hijos	9	86	5

Multirrespuesta (N = 2500).

Fuente: *Elaboración propia. Adaptado del INSERSO/CIS (1995a).*

Siguiendo los resultados de este mismo informe, y preguntados los entrevistados sobre la forma más adecuada de prestar cuidado a los mayores, presentamos a continuación las respuestas a esta pregunta:

TABLA 45
Fórmula más adecuada para el cuidado de los mayores

	Porcentaje
Ingresarlos en una residencia	13
Llevarlas a vivir con los hijos u otros familiares	32
Prestarles, por parte de sus familiares, los servicios necesarios en el domicilio habitual de las personas mayores	24
Que el Estado les preste los servicios necesarios en su domicilio habitual	23
Otra forma	3
NS/NC	5

Fuente: *Elaboración propia. Adaptado de INSERSO/CIS (1995 a).*

Como se observa, algo más de un tercio de los encuestados defiende la opción de que los padres vayan a vivir con los hijos, que es la respuesta más acorde con los valores tradicionales de nuestro país. No obstante, un 47% de la población se inclina por defender la permanencia de las personas mayores en su casa, bien sea con provisión de cuidados de la propia familia, bien a través de que esos cuidados y atención se provean por parte del Estado.

Aunque los resultados proceden de un trabajo realizado en 1995, queremos destacar a continuación la significativa diferencia existente en cuanto se pregunta a la población sobre dos alternativas de cuidado: 1) ¿Quién debe atender al mayor?, y 2) ¿Quién desea que le cuide a usted en la vejez? (Tabla 46).

TABLA 46
Responsabilidad de cuidados en función del mayor o de la familia

	¿Quién debe atender al mayor?	¿Quién desea que le cuide a usted en la vejez?
La familia	29	79
Los servicios sociales	37	11
Familia y servicios sociales	29	4
No sabe/No contesta	5	6

Fuente: CIS/INSERSO (1995 a) «Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar», Inmerso, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Como observamos, la expectativa de cuidados futuros a recibir por parte de la población entrevistada difiere notablemente cuando se trata del tipo de cuidados a percibir en la vejez por parte de los otros y de uno mismo. Si se nos permite la observación, la expectativa de cuidado en la vejez se nos antoja hasta «descarada». Una gran mayoría de los entrevistados (79%) desearía ser cuidado en la vejez por la propia familia; ahora bien, cuando se trata de prestar cuidado a los otros esa responsabilidad debería recaer de un modo especial en los servicios sociales (las estructuras del Estado) y también de la propia familia (aunque en este caso el porcentaje llega tan sólo a un 29%).

En fechas más recientes nos encontramos de nuevo con planteamientos que intentan indagar sobre los recursos que los ciudadanos consideran como idóneos para hacer frente al cuidado de los mayores por parte de la familia. Veamos cómo formulaba el CIS (2002) la pregunta referida a estas expectativas en noviembre de 2001.

TABLA 47

Relevancia de las medidas de las Administraciones públicas

	1. ^a	2. ^a	3. ^a	Total
Apoyo económico del Estado en forma de «salario mensual»	57,3	12,9	6,3	65,5
Reducción de la jornada laboral por parte de las empresas	9,1	16,9	8,9	34,9
Deducciones fiscales	2,8	11,9	9,4	24,1
Fomentar la atención temporal con personas voluntarias	3,6	10,5	10,2	24,3
Orientación y formación para poder afrontar mejor la situación del cuidador/a	3,5	8,7	8,9	21,1
Servicio de ayuda a domicilio	13,2	20,2	20,7	54,1
Estancias temporales de la persona mayor en residencias	2,6	6,0	10,0	18,6
Asistencia de la persona mayor a centros de estancia diurna	2,6	4,4	12,5	19,5
Otras respuestas	0,4	0,4	0,4	1,2
NS/NC	5,0	7,9	11,7	24,6

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de «Avance de resultados del Barómetro de noviembre» (Estudio 2439 del CIS), enero de 2002. N=2496

Como se observa, la opción que recoge una mayor proporción de porcentaje de respuestas es la que se refiere a la ayuda del Estado a través de un salario mensual. En realidad, esta resulta ser también la opción de futuro que apuntan diferentes expertos (Fundación Salud Innovación Sociedad, 2000) para hacer frente a la situación de dependencia en mayores.

En segundo lugar, y como parece razonable, aparece la opción del Servicio de Ayuda a Domicilio. Esta opción de recibir cuidados en el propio domicilio se plantea como una opción de futuro deseable, máxime cuando sabemos que este recurso se encuentra todavía poco desarrollado en nuestro país.

La tercera opción plantea la conciliación laboral, a través de una reducción de jornada laboral, para atender adecuadamente al mayor dependiente. Imaginamos que, además, sin una merma considerable de los ingresos que percibe el cuidador.

Como dato curioso, señalar que la opción «orientación y formación del cuidador para hacer frente a la situación de cuidados» aparece en sexto lugar. A nuestro entender, esta respuesta tiene una doble interpretación: por un lado, la población no desea implicarse excesivamente en el cuidado del mayor dependiente, y por otra, se desconocen en un porcentaje muy elevado las consecuencias derivadas del cuidado del mayor de forma continuada, sin poseer unos conocimientos adecuados.

4.3. RELACIONES DE LA PERSONA MAYOR CON LA FAMILIA

Si importante resulta conocer, tal y como hemos visto en los epígrafes precedentes, la composición de los hogares de los mayores dependientes y las expectativas de la familia sobre la provisión de cuidados a este colectivo, nos parece igualmente importante el conocimiento de las relaciones que mantiene el mayor con su familia.

En el estudio de CIS/IMSERSO núm. 2279 del año 98 sobre la «soledad en las personas mayores», encontramos algunos datos referidos a la frecuencia de relación de los mayores con los hijos que no comparten la misma vivienda que éstos.

TABLA 48

Frecuencia de visitas y conversaciones telefónicas entre los mayores y los hijos con los que no comparten vivienda

	Hijos que no viven en la misma localidad		Hijos que viven en la misma localidad	
	Visitas	Conversaciones telefónicas	Visitas	Conversaciones telefónicas
Ambos sexos				
Varias veces a la semana	12,0	19,3	43,6	29,0
Varias veces al mes	16,2	18,7	12,7	14,3
Varias veces al año	11,6	3,7	1,9	3,4
Una o dos veces al año	5,9	1,1	0,6	1,1
Ninguna	1,7	2,1	0,6	7,6
No procede (no tiene)	51,5	51,5	39,7	39,7
N.C.	1,1	3,7	1,0	4,8
Varones				
Varias veces a la semana	12,5	18,1	43,9	27,9
Varias veces al mes	15,3	19,6	11,7	14,4
Varias veces al año	11,7	3,2	1,9	3,2
Una o dos veces al año al año	5,4	0,8	0,6	1,3
Ninguna	1,2	2,3	0,8	8,1
No procede (no tiene)	52,7	52,7	40,2	40,2
N.C.	1,1	3,2	1,0	4,9
Mujeres				
Varias veces a la semana	11,6	20,3	43,4	29,8
Varias veces al mes	16,9	18,1	13,4	14,3
Varias veces al año	11,5	4,0	1,9	3,6
Una o dos veces al año al año	6,4	1,2	0,6	1,0
Ninguna	2,1	1,8	0,4	7,3
No procede (no tiene)	50,5	50,5	39,3	39,3
N.C.	1,0	4,1	1,0	4,8

Nota: N= 2.201

Fuente: CIS/IMSERSO. Estudio 2.279. Febrero-marzo de 1998.

Como se observa y se señala en negrita, el número de visitas semanales cuando se trata de hijos que viven en la misma localidad es del 44%, o lo que es lo mismo, un 56% de los hijos no realizan siquiera

una visita semanal a sus padres. La situación se agudiza de forma notable cuando los hijos no viven en la misma población que los padres. En este caso, tan sólo un 12% visita a los padres cada semana de forma habitual.

De este modo, no parece muy extraño que ante la «imposibilidad» de visitar a los padres y de conocer su situación de forma periódica se proceda a contratar alguna persona interna que podría cuidar a los padres.

Ahora bien, si en el caso de las visitas la frecuencia de las mismas resulta muy limitada, en el de una simple llamada telefónica resulta todavía más sorprendente, ya que no llega al 20% la frecuencia de llamadas cuando los hijos viven en diferente ciudad que los padres, y la frecuencia se eleva prácticamente al 30% en el caso de vivir en la misma ciudad.

De cualquier forma, en el mismo estudio del CIS/IMSERSO llama la atención que un significativo porcentaje de los mayores se encuentra muy satisfecho o bastante satisfecho respecto a las relaciones que mantiene con los hijos con los que no comparten vivienda.

TABLA 49

Grado de satisfacción de los mayores con respecto a las relaciones que mantienen con los hijos que no comparten la vivienda

Grado de satisfacción	Hijos que no viven en la misma localidad			Hijos que viven en la misma localidad		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Muy satisfecho	32,1	30,7	33,2	41,6	40,4	42,5
Bastante satisfecho	11,5	12,1	11,1	14,2	14,8	13,7
Regular	1,6	1,5	1,6	1,6	1,2	1,9
Poco satisfecho	0,6	0,5	0,7	0,4	0,6	0,3
Nada satisfecho	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,2
No procede (no tiene)	51,5	52,7	50,5	39,7	40,2	39,3
N.C.	2,2	2,0	2,4	2,2	2,4	2,1

Fuente: CIS-IMSERSO, Estudio 2.279 (1998).

Como se observa, en general el grado de satisfacción respecto a las relaciones que los mayores mantienen con los hijos con los cuales no comparten la vivienda resulta, en general, bastante satisfactoria, tanto en lo que se refiere a los hijos que viven en la misma localidad como los que residen en una localidad distinta a la de los padres. Prácticamente el 95% de los mayores que tienen hijos se muestran muy satisfechos o bastante satisfechos con la relación que mantienen con sus hijos.

4.4. DISCAPACIDAD Y AYUDA ASISTENCIAL

En este momento cabría preguntarse por el número de personas mayores de 65 años que, encontrándose en estos momentos en una situación de discapacidad, están recibiendo alguna ayuda de tipo asistencial por parte de las diferentes instituciones.

Analizamos en primer lugar (Tablas 50 y 51) el porcentaje de personas con alguna discapacidad que ha necesitado de algún tipo de ayuda, y el grado de cumplimiento por parte de los diferentes recursos existentes, en función del sexo, en las diferentes comunidades autónomas.

TABLA 50

Personas con alguna discapacidad que han necesitado ayuda de servicios sanitarios o sociales por comunidad autónoma (Porcentajes)

Comunidad autónoma	HOMBRES				
	Ha necesitado algún servicio	Lo ha recibido	No lo ha recibido	No ha necesitado ninguno	No consta
Total nacional	49,8	87,8	12,2	47,5	2,7
Andalucía	53,3	88,9	11,1	44,4	2,2
Aragón	44,2	91,6	8,4	54,0	1,8
Asturias	47,7	94,6	5,4	50,2	2,1
Baleares	59,2	86,3	13,7	39,7	1,0
Canarias	63,0	84,5	15,5	31,8	5,1
Cantabria	57,0	85,4	14,6	41,1	1,8
Castilla y León	46,4	88,9	11,1	52,8	0,8
Castilla-La Mancha	51,8	86,1	13,9	47,3	1,0
Cataluña	44,3	88,2	11,8	49,6	6,1
Comunidad Valenciana	43,5	79,3	20,7	54,3	2,2
Extremadura	61,3	80,4	19,6	37,9	0,9
Galicia	44,3	85,7	14,3	55,1	0,6
Madrid	58,7	93,2	6,8	35,9	5,4
Murcia	59,8	95,0	5,0	39,2	1,1
Navarra	43,2	87,8	12,2	54,3	2,5
País Vasco	43,2	88,4	11,6	54,7	2,0
La Rioja	39,0	86,0	14,0	53,8	7,2
Ceuta	61,6	60,9	39,1	38,4	0,0
Melilla	32,3	86,6	13,4	67,7	0,0

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999).

TABLA 51

Personas con alguna discapacidad que han necesitado ayuda de servicios sanitarios o sociales por comunidad autónoma (Porcentajes)

Comunidad autónoma	MUJERES				
	Ha necesitado algún servicio	Lo ha recibido	No lo ha recibido	No ha necesitado ninguno	No consta
TOTAL	53,9	87,8	12,2	43,2	2,9
Andalucía	54,5	86,1	13,9	43,0	2,5
Aragón	44,8	92,5	7,5	53,9	1,2
Asturias	63,9	92,4	7,6	33,4	2,7
Baleares	61,1	89,9	10,1	36,5	2,4
Canarias	65,8	84,0	16,0	28,9	5,3
Cantabria	52,2	91,0	9,0	45,0	2,8
Castilla y León	51,0	87,6	12,4	48,2	0,7
Castilla-La Mancha	54,4	86,3	13,7	43,9	1,7
Cataluña	51,6	90,7	9,3	41,9	6,4
Comunidad Valenciana	48,4	83,3	16,7	48,7	2,9
Extremadura	61,7	88,4	11,6	37,4	0,9
Galicia	43,6	87,5	12,5	55,4	1,0
Madrid	63,9	88,3	11,7	32,3	3,7
Murcia	69,7	87,0	13,0	29,5	0,8
Navarra	52,6	85,8	14,2	44,3	3,1
País Vasco	45,1	88,7	11,3	52,8	2,1
La Rioja	49,0	92,2	7,8	49,5	1,5
Ceuta	64,9	89,2	10,8	35,1	0,0
Melilla	43,4	91,0	9,0	55,3	1,3

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. 1999

Según los resultados de ambas tablas, en la Comunidad Valenciana se da el mayor caso de personas con discapacidad que no han recibido ayuda de servicios sanitarios o sociales, aun a pesar de que la misma resultaría necesaria. Este dato podría explicar de alguna manera el incremento de la actividad «inmigrantes que cuidan a mayores» en esa comunidad autónoma.

Analizamos a continuación la frecuencia en cuanto se refiere al número de horas de atención recibida en personas con alguna discapacidad en las diferentes comunidades autónomas (Tablas 52 y 53).

TABLA 52

Varones de 65 y más años con alguna discapacidad que reciben ayudas de asistencia personal por comunidad autónoma (Porcentajes)

	Menos de 15 horas	De 15 a 30 horas	31 y más horas
TOTAL	30,7	15,3	54,0
Andalucía	32,0	19,0	52,0
Aragón	23,8	6,0	70,1
Asturias	30,9	20,0	49,2
Baleares	27,6	17,1	55,3
Canarias	33,1	19,7	47,2
Cantabria	49,7	4,1	46,2
Castilla y León	36,6	12,3	51,1
Castilla-La Mancha	26,3	23,2	50,5
Cataluña	26,6	11,7	61,7
Comunidad Valenciana	29,2	13,5	57,2
Extremadura	21,8	17,3	60,9
Galicia	29,3	19,0	51,7
Madrid	23,5	16,5	59,9
Murcia	36,0	14,3	49,6
Navarra	49,5	19,3	31,2
País Vasco	45,7	17,7	36,7
La Rioja	26,2	3,8	70,0
Ceuta	0,0	0,0	100,0
Melilla	0,0	0,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

TABLA 53

Mujeres de 65 y más años con alguna discapacidad que reciben ayudas de asistencia personal por comunidad autónoma (Porcentajes)

	Menos de 15 horas	De 15 a 30 horas	31 y más horas
TOTAL	37,1	16,2	46,7
Andalucía	37,2	16,9	45,9
Aragón	38,1	9,6	52,3
Asturias	32,6	17,5	49,8
Baleares	35,7	19,7	44,7
Canarias	40,9	16,5	42,6
Cantabria	38,8	15,2	46,1
Castilla y León	43,7	12,9	43,4

TABLA 53 (continuación)

	Menos de 15 horas	De 15 a 30 horas	31 y más horas
Castilla-La Mancha	33,6	25,4	41,0
Cataluña	35,5	11,9	52,5
Comunidad Valenciana	35,6	12,8	51,6
Extremadura	32,3	18,0	49,7
Galicia	35,6	22,9	41,6
Madrid	38,0	12,7	49,3
Murcia	40,5	17,7	41,8
Navarra	40,6	16,5	42,9
País Vasco	43,3	24,8	31,9
La Rioja	38,3	2,7	59,0
Ceuta	8,0	7,0	84,9
Melilla	33,4	7,6	59,0

Fuente: Elaboración propia.

INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Como dato curioso, observamos que las mujeres reciben en menor medida ayudas de asistencia personal que los varones en cuanto se refiere al segmento de 31 horas y más, mientras que reciben, en cambio, un mayor porcentaje de asistencia cuando se trata de frecuencias de menos de 30 horas.

Por cuanto se refiere al análisis de las tres comunidades autónomas que forman parte del presente estudio, se observa que los hombres y mujeres del País Vasco reciben un menor número de horas de asistencia personal que los de las comunidades de Madrid y de Valencia, cuando se sobrepasa la frecuencia de las 15 horas; en cambio, cuando reciben atención por debajo de esta frecuencia horaria, el porcentaje es superior a las otras comunidades. De algún modo, y como veremos con posterioridad al presentar los resultados de nuestra investigación, la frecuencia de aparición del fenómeno «inmigrantes que cuidan a mayores» no parece tan relevante en esta comunidad como en las otras dos. Quizá, de algún modo, la familia está haciendo frente a esta demanda de asistencia personal debido a que el número de horas no resulta todavía demasiado oneroso para la misma.

A continuación (Tablas 54 a 57), presentamos el porcentaje de personas que han solicitado alguna ayuda de tipo asistencial y si recibe la misma, en función del número de discapacidades por el que se ve afectado. Se presentan los resultados en función del sexo y la cohorte de edad (65 a 79 años y 80 y más años).

TABLA 54

Mayores de 64 años con al menos una discapacidad, solicitud de ayudas y número de discapacidades (Porcentajes) I. Hombres de 65 a 79 años

	Total	No ha solicitado ninguna	Recibe todas las solicitadas	No recibe todas las solicitadas	Indeterminado (NC)
Total	100,0	41,8	48,7	6,1	3,4
Una	26,2	70,4	24,3	3,0	2,3
Dos	19,4	61,9	32,0	5,0	1,1
Tres	10,4	57,5	37,1	3,6	1,9
Cuatro o más	44,1	12,3	73,3	9,1	5,3

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

TABLA 55

Mayores de 64 años con al menos una discapacidad, solicitud de ayudas y número de discapacidades (Porcentajes) II. Hombres de 80 y más años

	Total	No ha solicitado ninguna	Recibe todas las solicitadas	No recibe todas las solicitadas	Indeterminado (NC)
Total	100,0	24,9	62,7	6,6	5,8
Una	17,0	66,4	24,5	2,4	6,6
Dos	13,4	59,0	37,3	1,3	2,4
Tres	9,2	44,0	48,5	6,8	0,7
Cuatro o más	60,3	2,6	81,4	9,0	7,1

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

TABLA 56

Mayores de 64 años con al menos una discapacidad, solicitud de ayudas y número de discapacidades (Porcentajes) III. Mujeres de 65 a 79 años

	Total	No ha solicitado ninguna	Recibe todas las solicitadas	No recibe todas las solicitadas	Indeterminado (NC)
Total	100,0	32,6	56,5	7,7	3,1
Una	17,7	67,1	27,9	2,4	2,5
Dos	15,1	56,1	38,2	3,6	2,1
Tres	10,0	48,5	43,3	5,2	3,0
Cuatro o más	57,3	13,1	72,5	10,9	3,5

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

TABLA 57

Mayores de 64 años con al menos una discapacidad, solicitud de ayudas y número de discapacidades (Porcentajes) IV. Mujeres de 80 y más años

	Total	No ha solicitado ninguna	Recibe todas las solicitadas	No recibe todas las solicitadas	Indeterminado (NC)
Total	100,0	15,5	70,2	8,6	5,6
Una	8,8	62,4	29,4	4,7	3,4
Dos	9,2	46,8	47,5	3,6	2,2
Tres	6,8	25,3	69,1	4,0	1,5
Cuatro o más	75,2	5,3	77,9	10,1	6,7

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Se observa que lógicamente según aumenta la edad de los sujetos el número de solicitudes de ayuda se incrementa de igual manera. Del mismo modo, se observa que según se incrementa el número de solicitudes de ayuda, se plantea la posibilidad de que aumenten las posibilidades de que el sujeto no perciba dichas ayudas.

4.5. SITUACIONES DE CUIDADO DENTRO Y FUERA DEL HOGAR

Finalmente, y para concluir este epígrafe, hemos querido recoger la atención de cuidados que reciben los mayores, dentro y fuera del hogar donde desarrollan las actividades de la vida diaria y quién es el cuidador principal que provee de cuidados en esta situación. Como en anteriores búsquedas de esta información, nos valemos una vez más de los resultados de la *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, realizada por el INE en 1999.

TABLA 58

Mayores de 64 años con alguna discapacidad que reciben ayuda asistencial, relación y residencia de su cuidador principal (I) Hombres de 65 a 79 años

	Total	En el hogar	Fuera del hogar
Total	100,0	81,4	18,6
Cónyuge	62,7	100,0	0,0
Hija	14,0	49,5	50,5
Hijo	4,3	81,9	18,1
Hermana	2,9	100,0	0,0
Hermano	0,4	100,0	0,0
Otro pariente	7,4	49,9	50,1
Empleado	4,3	11,8	88,2

TABLA 58 (continuación)

	Total	En el hogar	Fuera del hogar
Amigos y vecinos	1,6	0,0	100,0
Servicios sociales	1,7	0,0	100,0
Otra relación	0,7	100,0	0,0

Nota: Los porcentajes se refieren a los individuos que responden a todas las preguntas. Los cuidadores que representan menos del 3% han sido omitidos

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

TABLA 59

Mayores de 64 años con alguna discapacidad que reciben ayuda asistencial, relación y residencia de su cuidador principal. (II) Hombres de 80 años y más

	Total	En el hogar	Fuera del hogar
Total	100,0	70,4	29,6
Cónyuge	29,6	100,0	0,0
Hija	35,3	62,0	38,0
Hijo	5,6	78,8	21,2
Hermana	1,3	100,0	0,0
Hermano	0,0	0,0	0,0
Otro pariente	14,4	65,7	34,3
Empleado	8,6	29,6	70,4
Amigos y vecinos	0,9	0,0	100,0
Servicios sociales	3,2	0,0	100,0
Otra relación	1,2	100,0	0,0

Nota: Los porcentajes se refieren a los individuos que responden a todas las preguntas. Los cuidadores que representan menos del 3% han sido omitidos.

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

TABLA 60

Mayores de 64 años con alguna discapacidad que reciben ayuda asistencial, relación y residencia de su cuidador principal. (III) Mujeres de 65 a 79 años

	Total	En el hogar	Fuera del hogar
Total	100,0	58,0	42,0
Cónyuge	24,3	100,0	0,0
Hija	34,4	53,1	46,9
Hijo	6,3	76,1	23,9
Hermana	3,2	100,0	0,0

TABLA 60 (continuación)

	Total	En el hogar	Fuera del hogar
Hermano	0,4	100,0	0,0
Otro pariente	13,7	43,3	56,7
Empleado	10,6	2,3	97,7
Amigos y vecinos	2,7	0,0	100,0
Servicios sociales	3,7	0,0	100,0
Otra relación	0,8	100,0	0,0

Nota: Los porcentajes se refieren a los individuos que responden a todas las preguntas. Los cuidadores que representan menos del 3% han sido omitidos.

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

TABLA 61

Mayores de 64 años con alguna discapacidad que reciben ayuda asistencial, relación y residencia de su cuidador principal. (IV) Mujeres de 80 años y más

	Total	En el hogar	Fuera del hogar
Total	100,0	61,3	38,7
Cónyuge	4,3	100,0	0,0
Hija	44,9	69,5	30,5
Hijo	7,2	75,4	24,6
Hermana	2,1	100,0	0,0
Hermano	0,3	100,0	0,0
Otro pariente	21,9	66,2	33,8
Empleado	10,8	12,3	87,7
Amigos y vecinos	2,3	0,0	100,0
Servicios sociales	4,1	0,0	100,0
Otra relación	2,1	100,0	0,0

Nota: Los porcentajes se refieren a los individuos que responden a todas las preguntas. Los cuidadores que representan menos del 3% han sido omitidos.

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Como destacable en el análisis de estos datos, y por cuanto se refiere a los resultados de nuestra investigación, queremos hacer notar el fuerte incremento de atención «dentro del hogar» cuando el mayor en situación de discapacidad tiene 80 y más años respecto a la cohorte de 65-79 años en la opción «empleado». En el caso de los hombres pasa del 11,8 al 29,6% y en el caso de las mujeres del 2,3 al 12,3%, lo que serviría de algún modo para fundamentar la aparición del fenómeno inmigrantes que cuidan a mayores.

5. LAS SOLUCIONES DE FUTURO: EL MERCADO

Una vez anunciada la crisis de futuro que atravesarán los cuidados a personas mayores dependientes en nuestro país, tanto a través de lo que ha venido en denominarse «cuidados informales» a través de la familia, como los ofertados a través de los que ofrecen las instituciones mediante sus redes sanitarias o de servicios sociales, nos queda por último analizar las posibilidades que ofrece el mercado mediante los proveedores de este tipo de servicios, por supuesto, previo pago de los mismos.

Como veremos a continuación, la adquisición de este tipo de servicios no se encuentra al alcance de todos los bolsillos. El mantenimiento de la dependencia en personas mayores puede resultar oneroso, incluso para algunas familias de clase media en nuestro país. Como han puesto de manifiesto recientemente diferentes autores (Rodríguez Cabrero, 1999; Casado y López, 2001), el coste de los cuidados a la dependencia en mayores constituye uno de los retos de futuro más preocupantes para cualquier político, y tan sólo a través de propuestas imaginativas, tal y como puede ser el actual fenómeno de los inmigrantes cuidando a mayores se están paliando, en parte al menos, las consecuencias de la situación de la dependencia en personas de edad avanzada. Como señala un reciente informe del Defensor del Pueblo (2000), «el coste de los cuidados de larga duración no es asumible por la gran mayoría de las personas mayores que tienen bajos niveles de ingresos. Pensemos, por ejemplo, que el coste de dos horas de ayuda a domicilio a 9 euros/hora (1.500 ptas.) supone 542 euros (90.000 ptas.) al mes y 6.506 euros (1.080.000 ptas.) anuales. O que una residencia de asistidos con un coste mensual de 1.446 euros (240.000 ptas.) supone al año un coste de 17.349 euros (2.880.000 ptas.). En la actualidad, en el caso español y referente a los servicios sociales, o se carece de recursos (aplicación de baremos asistenciales) o se tienen ingresos muy elevados para hacer frente al problema. Las amplias capas medias urbanas y clases trabajadoras cualificadas quedan excluidas de la protección de cuidados, ya que superan los baremos asistenciales y no tienen ingresos suficientes para costearlos privadamente. A ello hay que añadir la escasez de la oferta pública y privada de servicios sociales (p. 196). Veamos a continuación cómo se desenvuelve este mercado.

5.1. EL MERCADO REGULARIZADO DE ATENCIÓN AL MAYOR EN SU PROPIO DOMICILIO

Una vez vistas las expectativas de los ciudadanos respecto a la atención que les gustaría recibir en caso de encontrarse en una situación de dependencia, vista la crisis de los cuidados informales por parte de las familias, no resulta extraño que la atención a las personas discapacitadas en el propio domicilio se haya convertido en el principal generador de empleo en toda la CE. A la sombra de este reclamo han surgido, pues, un incontable número de oportunidades laborales, que son ofertadas a través de diferentes organizaciones.

A fin de aproximarnos al conocimiento de este tipo de recursos dirigidos a la atención a los mayores dependientes en su propio domicilio, presentamos a continuación las conclusiones de un interesante estudio que en fechas recientes Eurodoxa (2001) ha llevado a cabo para el Imserso. Aun a pesar de que en ciertos aspectos la metodología para la obtención de la información no resulta demasiado aclaratoria, recogemos algunos de los datos obtenidos, ya que hasta el momento no conocemos ningún otro trabajo realizado en este sentido.

El estudio está realizado sobre un total de 1.400 encuestas con ponderaciones sobre el territorio español, y el universo está constituido por las personas de más de 65 años que reciben ayuda de cualquier profesional en sus propios domicilios y que tienen alguna discapacidad.

A nuestro entender, estos serían algunos de los resultados más relevantes de la investigación:

- Entre el 64 y el 68% de las personas cuidadoras son españolas. El resto está constituido sobre todo por latinoamericanas; en torno al 30% del total.
- La gran mayoría de las españolas prestan atención domiciliaria a través de empresas y cooperativas; en tanto que entre las latinoamericanas predominan quienes están en el servicio doméstico.
- La nacionalidad de los prestatarios/as según el gestor de la prestación son:
Empresas: 97% españolas; 3% latinoamericanas.
Cooperativas: 99% españolas; 1% latinoamericanas.
Institución directamente: 84% españolas; 16% latinoamericanas.
ONG: 30% españolas; 60% latinoamericanas; 10% otras.
Empleo doméstico: 15% españolas; 75% latinoamericanas.
- Es insignificante la representación masculina; ésta se encuentra por debajo del 2%.
- La media de edades está alrededor de los 40 años pero hay mucha dispersión. La media de edades de quienes trabajan en el empleo doméstico y en las ONG es la más baja y la más alta correspondería a quienes trabajan en cooperativas.
- El tiempo que llevan trabajando en atención a mayores, como promedio, supera los cinco años aunque existe una gran dispersión.

Por lo que se refiere a las características de las trabajadoras inmigrantes que podrían mostrar alguna luz respecto a los objetivos de nuestra investigación, estos serían algunos de los resultados:

- Las trabajadoras inmigradas proporcionan asistencia sobre todo a través del empleo doméstico, donde sólo el 15% son españolas. En cambio, en las prestaciones a través de empresas hay una representación minoritaria de profesionales extranjeros.
- Las prestatarias españolas tienen estudios primarios o secundarios, en cambio en las prestatarias extranjeras aparece una proporción inusual de personas que han pasado por universidades; índice de que en la ayuda domiciliaria se acoge un importante sector subempleado de la inmigración.
- La incorporación a esta actividad se suele realizar a través de relaciones personales, más que por medio de cauces de contratación en el mercado. Así sucede incluso en las empresas especializadas en la atención a mayores. Se comprende que este conducto personalizado sea el más habitual para el servicio doméstico.
- La contratación está regularizada en el ámbito empresarial y de la administración local. No así en el servicio doméstico, donde la mitad de las prestatarias carecen de contrato. Esta situación es, en gran parte, consecuencia de la irregularidad administrativa en la que vive la población inmigrante.
- La atención a varias personas mayores es la forma más habitual, y casi exclusiva de prestación cuando el servicio a los hogares está gestionado directamente por municipios o llega a través de empresas o cooperativas. Y la atención exclusiva en el hogar es la forma más habitual de prestación para el servicio doméstico.

- La prestación a través del servicio doméstico, actualmente es una oferta inespecífica, que se ajusta poco a las características de la demanda. Sin infravalorar la preparación que algunas personas tienen en temas útiles para la prestación de servicios a mayores, este colectivo, en su conjunto, tendría que ser reciclado, incluso en sus horizontes profesionales, para que adquiriera la competencia que requieren las tareas gerontológicas que, en la práctica, viene realizando.
- La afabilidad y buen trato que reciben los y las usuarias por parte de las inmigrantes sería una razón adicional para facilitar, en los casos que esté justificado, la estabilidad residencial y para promover una formación específicamente asistencial. En este mercado de la atención domiciliaria, las relaciones están muy personalizadas; y para los y las mayores cuentan mucho las cualidades humanas de la prestataria. De hecho, el requisito previo es la confianza que despierta la persona.
- No obstante, la asistencia domiciliaria a través del servicio doméstico está sujeta a escasos controles institucionales y laborales. Esta situación debería corregirse, porque favorece que se puedan producir casos de abusos y malos tratos.

5.1.1. Las empresas sin ánimo de lucro (ONG y cooperativas)

En las últimas décadas las sociedades occidentales están asistiendo a una revalorización de la economía social en el ámbito del bienestar social. El sector de la economía social se concibe como una alternativa óptima ante los fallos del mercado o los fallos del Estado. Así, en contextos donde el sector público no puede asegurar una provisión de *outputs* eficiente por limitaciones burocráticas o presupuestarias, o donde el mercado no está dispuesto a promover bienes dirigidos a colectivos desfavorecidos, de bajo nivel económico, el sector de economía social puede satisfacer estas demandas, generando una oferta económica, ágil, flexible, eficiente, adaptada a las circunstancias creativas e innovadora, a la vez que favorece la cultura democrática, la igualdad social y política y los valores de la solidaridad, el pluralismo la cohesión social y el voluntariado (Sajardo, 1996 a).

De este modo, y como consecuencia del enorme incremento de la dependencia en personas mayores y de las insuficiencias de recursos a nivel del Estado, están surgiendo un importante número de organizaciones no gubernamentales y de cooperativas que, bajo el amparo de organizaciones sin ánimo de lucro, están haciendo frente a estas situaciones; lógico es apuntarlo, a veces sin demasiados recursos y vendiendo un sinfín de dificultades.

De nuevo, esta especialista de reconocida solvencia en el tema (Sajardo, 1996 b) apunta una serie de ventajas respecto a la posibilidad de que el sector público prefiera contratar con este tipo de organizaciones frente a las de tipo lucrativo para hacer frente a las necesidades de los mayores dependientes en nuestro país. Estos son algunos de sus argumentos:

Un primer grupo de ventajas hace referencia a su mayor eficiencia para, de un lado, captar recursos ociosos o infrautilizados (como las donaciones y el voluntariado) y, de otro lado, funcionar con unos costes operativos inferiores a los del sector público.

Un segundo grupo de ventajas hace referencia a su mayor capacidad para ofrecer y controlar la calidad, especialmente en áreas donde ésta es difícilmente controlable por los demandantes, como los servicios

domiciliarios para mayores o la atención primaria a marginados. Su contribución a la oferta de servicios de calidad deriva de que su actuación es más personal e individualizada, más abocada a los fines de la entidad, debido en parte al carácter vocacional del grupo de individuos que trabajan en las mismas.

Un tercer grupo de ventajas hace referencia a su capacidad para responder rápidamente, innovar y dar cobertura a nuevas y específicas necesidades. Las entidades no lucrativas detectan más rápidamente las nuevas necesidades sociales, ya sea porque son los propios afectados los que se autoorganizan para ello o por iniciativa del voluntariado.

Por último, las entidades no lucrativas se configuran como un importante agente social y político. Desarrollan una actividad fundamental dentro del bienestar social que no ha sido tradicionalmente considerado por el sector público o la iniciativa privada: la integración sociolaboral de colectivos desfavorecidos, marginados o excluidos del mercado laboral (uso del trabajo de disminuidos físicos, de expresos, etc.) y el desarrollo personal (no sólo para los colectivos afectados sino para los voluntarios).

De cualquier modo, este tipo de organizaciones, presenta también una serie de fallos que nos parece interesante comentar, así sea de manera breve:

Una de las principales dificultades de este sector de organizaciones sin ánimo de lucro estriba en la dificultad de compatibilizar una oferta de recursos financieros filantrópicos que sea suficiente y consistente para articular una respuesta satisfactoria a las necesidades de bienestar de una sociedad desarrollada.

Por otra parte, la potencial insuficiencia financiera de estas entidades posee así mismo una fuerte correlación con las fluctuaciones económicas. A medida que las sociedades crecen y aumentan su complejidad se ven sometidas a una serie de fluctuaciones económicas, que pueden determinar la generación de situaciones bajo las cuales las actividades filantrópicas se vean mermadas.

El resultado de ambos aspectos estriba en que las entidades no lucrativas cuentan con una estructura financiera muy frágil e inestable, altamente dependiente de múltiples factores y mediatizada por las pensiones de los individuos a donar (nivel cultural, nivel económico, etc.).

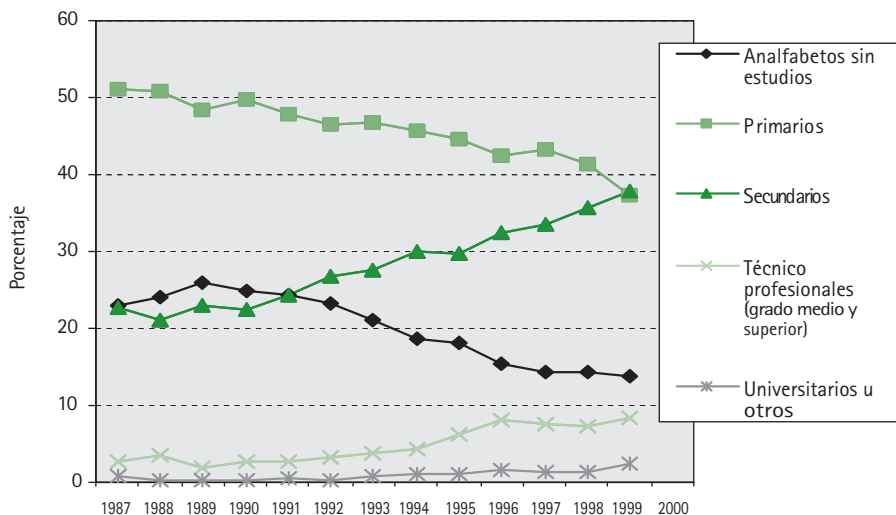
De otra parte, en muchas ocasiones estas entidades subsisten gracias a la labor de concertación de sus actividades con el sector público que demanda de este tipo de servicios para hacer frente a las necesidades de los ciudadanos. En determinadas ocasiones se genera una perversa dependencia entre institución pública y entidades sin ánimo de lucro (cooperativas, ONG, etc.) que en el caso de retrasar el pago de las subvenciones o la finalización de un posible convenio de colaboración y ante las dificultades de la organización para hacer frente al abono de los salarios del personal contratado, éstas desaparecen del mercado.

5.1.2. El mercado privado de cuidado y atención al mayor

Ofrecemos una visión de los cambios producido en el sector privado de servicios que ofrece ayuda al mayor discapacitado. Empezamos por el sector del servicio doméstico. Este servicio ha variado profundamente en los últimos años. La composición del personal de servicio doméstico según el nivel de estudios terminado muestra que en los últimos años la entrada en el sector de personas con estudios secundarios, así como la de técnicos profesionales de grado medio y superior, ha crecido considerablemente. Como

GRÁFICO 12

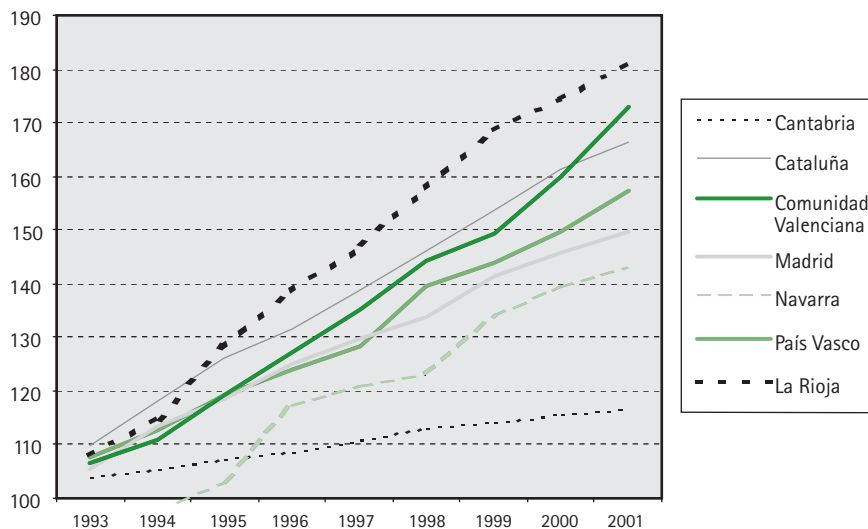
Ocupados en el servicio doméstico de los hogares. Según estudios terminados. Ambos sexos



Fuente: INE, EPA. Elaboración propia.

GRÁFICO 13

Servicio doméstico en diferentes comunidades autónomas. Variación de la media anual. Índice de precios al consumo. Base 1992



Fuente: INE, Índice de precios al consumo. Elaboración propia.

consecuencia, la entrada tradicional de gente de baja o muy baja formación ha disminuido de importancia. Indudablemente la entrada de mujeres extranjeras en el sector es responsable de nivel educativo.

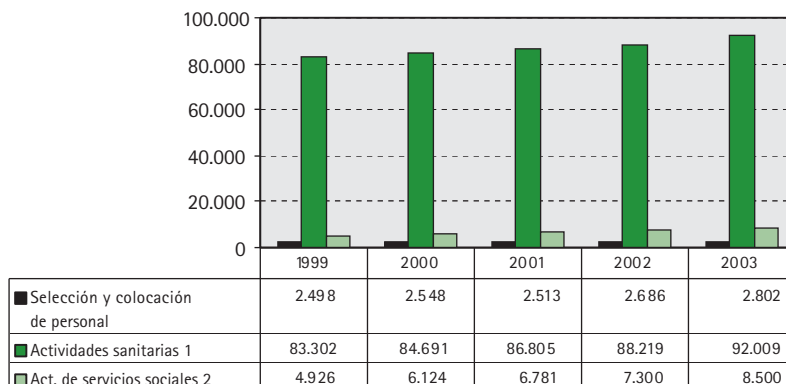
Veamos la evolución de los precios que han de pagar los españoles para contratar servicio doméstico. El índice de precio al consumo del sector del servicio doméstico se ha disparado considerablemente en todo el Estado desde 1992 hasta nuestros días. El aumento de los precios del servicio doméstico ha seguido una tendencia de aumento sin lugar a dudas desajustada si la comparamos con el crecimiento de los salarios. La variación regional de las medias anuales nos informa de fuertes disparidades regionales, con una subida poco pronunciada en La Rioja y una pendiente de subida muy alta en Cantabria. El País Vasco, Madrid y la Comunidad Valenciana siguieron una tendencia al alza de los precios similar hasta 1996. Posteriormente, los precios del sector han subido más pronunciadamente en Euskadi.

Fuera del hogar, el mercado privado y la administración pública han incrementado la oferta de cuidados al mayor, aunque como vemos a lo largo del capítulo de manera muy insuficiente. Por lo que al mercado privado se refiere, examinamos el crecimiento de la oferta de servicios privados para cuidados de mayores discapacitados. A través del Directorio Central de Empresas hemos seguido la evolución del número de organizaciones empresariales del sector servicios que tienen que ver directamente con el cuidado de mayores discapacitados: la selección y colocación de personal, las empresas de actividades sanitarias y las de servicios sociales. De 1999 hasta el presente año, la oferta de este tipo de servicios ha crecido de forma importante en cada uno de los tres conjuntos de empresas seleccionadas. Si bien, son precisamente las actividades sanitarias las que han justificado un mayor número de fundaciones empresariales, seguidas de las actividades de servicios sociales.

GRÁFICO 14

Directorio central de empresas (DIRCE), INE, 1999-2003.

Empresas por grupos de actividad principal en los que se encuentran los cuidados a mayores discapacitados



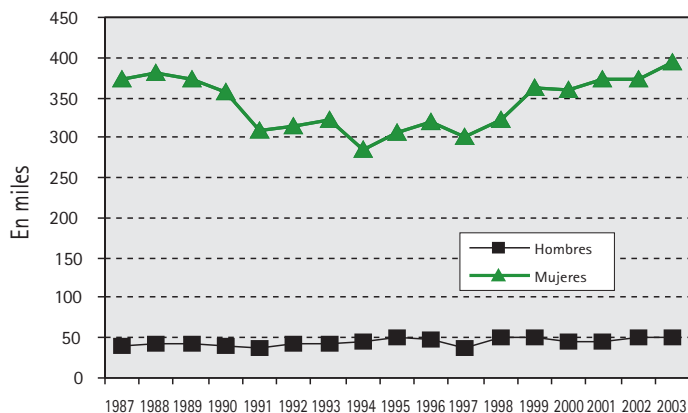
1. Actividades sanitarias, actividades hospitalarias, actividades médicas, actividades odontológicas, otras actividades sanitarias, actividades sanitarias de profesionales independientes (excepto médicos), actividades de servicio de ambulancia, laboratorios de análisis clínicos de anatomía patológica y similares.

2. Actividades de servicios sociales, actividades de prestación de servicios sociales con alojamiento, acogimiento de ancianos con alojamiento, acogimiento de personas con minusvalías con alojamiento, acogimiento de menores con alojamiento, acogimiento de mujeres con alojamiento, otro acogimiento con alojamiento, actividades de prestación de servicios sociales sin alojamiento, actividades de servicios sociales a personas con minusvalías, guarderías, actividades de servicios sociales a domicilio, promoción de la convivencia, otros servicios sociales sin alojamiento.

Fuente: INE. DIRCE. Elaboración propia.

GRÁFICO 15

Ocupados/as en hogares que emplean personal doméstico



Fuente: INE, Encuesta de Población Activa, segundo trimestre.

En lo concerniente a las personas ocupadas en la ayuda a las personas mayores discapacitada, con los datos de la Encuesta de Población Activa del tercer trimestre del presente año se cifran en casi 450.000 las personas que trabajan como personal doméstico. Entre ellas sólo 50.000 son hombres. Mientras que en actividades sociales, servicios prestados a la comunidad y servicios personales se encuentran ocupadas 710.000 personas con una distribución más equitativa entre sexos (52% son mujeres).

5.1.3. El personal contratado por los Ayuntamientos

La vigente Ley de Administración Local, contempla entre su articulado la prestación de servicios en el propio domicilio del afectado, cuando éste se encuentre en situación de discapacidad para hacer frente a las actividades de la vida diaria en poblaciones que cuentan al menos con 20.000 habitantes. Desde esta perspectiva, los Ayuntamientos han tenido que generar una serie de recursos dirigidos específicamente a esta actividad, generando en ocasiones redes de Servicio de Ayuda a Domicilio o servicios de Teleasistencia para hacer frente a las demandas de los ciudadanos.

La posibilidad de la existencia de este tipo de recursos a nivel de la Administración local depende en la mayoría de ocasiones de la sensibilidad de los gobernantes ante este tipo de problemas, y así, mientras algunos Ayuntamientos poseen este tipo de recursos en cantidad suficiente para hacer frente a la demanda de la ciudadanía, en otras ocasiones la presencia de los mismos resulta meramente simbólica y las *ratios* (número de plazas por cada cien habitantes) de estos recursos que se ofertan en función del número de habitantes del municipio resulta verdaderamente ridícula.

5.1.4. El servicio doméstico. La participación de las mujeres extranjeras en el sector servicios

El servicio doméstico, sobre todo en su modalidad interna, ocupa a una gran parte de la población femenina extranjera en países del sur de Europa como España, Italia y Grecia. La existencia de estos flujos se explica a partir de múltiples cambios relacionados con la proletarización femenina en las migraciones internacionales de trabajo (Rivas, 1998).

En España, el Estado y el mercado son coprotagonistas de la feminización de los flujos. El Estado a través de la política de inmigración articulada por las prácticas institucionales que fijan la entrada y la inserción de los flujos en función de la gestión de grupos migratorios. El mercado, a través de una estructura de la demanda en función de las necesidades de las mujeres empleadoras del servicio doméstico, pertenecientes a las clases medias urbanas. Estas mujeres autóctonas utilizan fórmulas mercantilistas de reproducción posiblemente ante la ausencia de políticas familiares que les faciliten el cuidado de los hogares; en este sentido se vuelve a reproducir de nuevo el vínculo entre un mercado muy segmentado y un débil régimen de bienestar. Ante dichos vacíos que aseguren los cuidados cotidianos, las mujeres autóctonas miran hacia la inmigración internacional para resolver las ausencias en la esfera reproductiva (Oso, L., 1998).

Cuando hablamos de inserción laboral de las mujeres inmigrantes en el sector secundario más feminizado y más desprestigiado socialmente de la economía, vemos cómo esta inserción se materializa en las actividades típicamente femeninas; es decir, se fomenta una formación dirigida hacia los «nuevos yacimientos de empleo» vinculados a los servicios de proximidad (servicios de limpieza, cocina, cuidado de mayores, etc.) y, frecuentemente, prescinde de la trayectoria laboral previa de las inmigrantes. Bajo la categoría de «servicios de proximidad» se hace referencia hoy día principalmente a las actividades del sector terciario dirigidas a la reproducción de la fuerza de trabajo. Son aquellas tareas relacionadas con el mantenimiento y cuidado de las infraestructura del hogar, mantenimiento y atención de la fuerza de trabajo presente, pasada y futura, la organización y gestión del hogar y la familia, la mediación entre la familia y los servicios públicos y privados existentes, y por último, las tareas de representación conyugal (Torns, 1995).

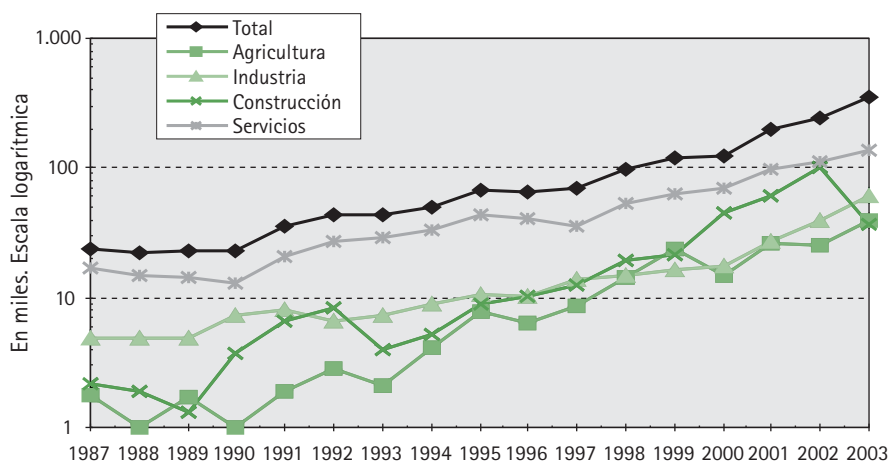
En nuestro mercado laboral regular, los varones extranjeros tienen una presencia mayoritaria en el sector servicios. En este sector la participación de extranjeros ha crecido al mismo ritmo que el total de varones extranjeros ocupados. La participación de los mismos en la industria ha seguido un crecimiento regular desde 1987, mientras que en la agricultura y en la construcción se registran altibajos importantes en el número de ocupados.

Las mujeres extranjeras se ocupan todavía más frecuentemente que los hombres en el sector servicios. De hecho, es la presencia en este sector la que marca el ritmo y el volumen de su ocupación. En los otros sectores su presencia es minoritaria, si bien en la industria ha seguido un crecimiento bastante regular, mientras que en la agricultura y la industria su presencia registra una fuerte volatilidad.

El crecimiento de la ocupación de mujeres extranjeras nos muestra cambios importantes a lo largo del período 1987-2003. Las mujeres de la Unión Europea ocupadas en este sector fueron mayoritarias hasta

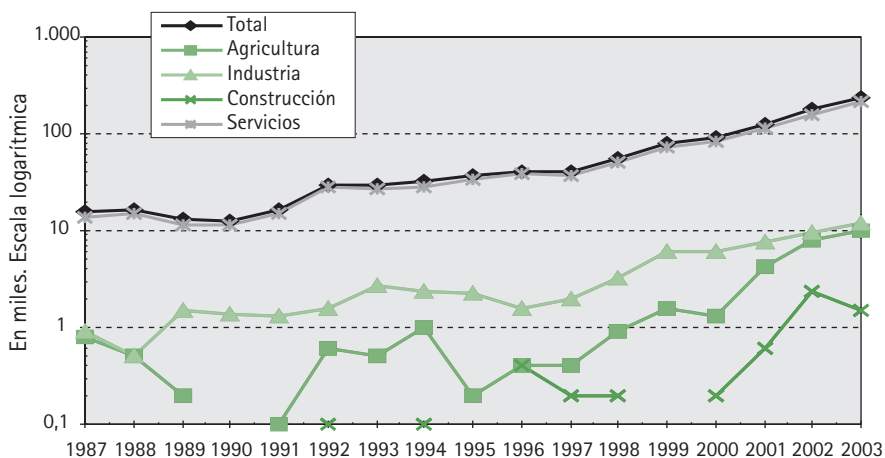
GRÁFICO 16

Varones extranjeros ocupados por sector económico



Fuente: INE, EPA, 1987-2003, segundo trimestre. Elaboración propia.

Mujeres extranjeras ocupadas por sector económico

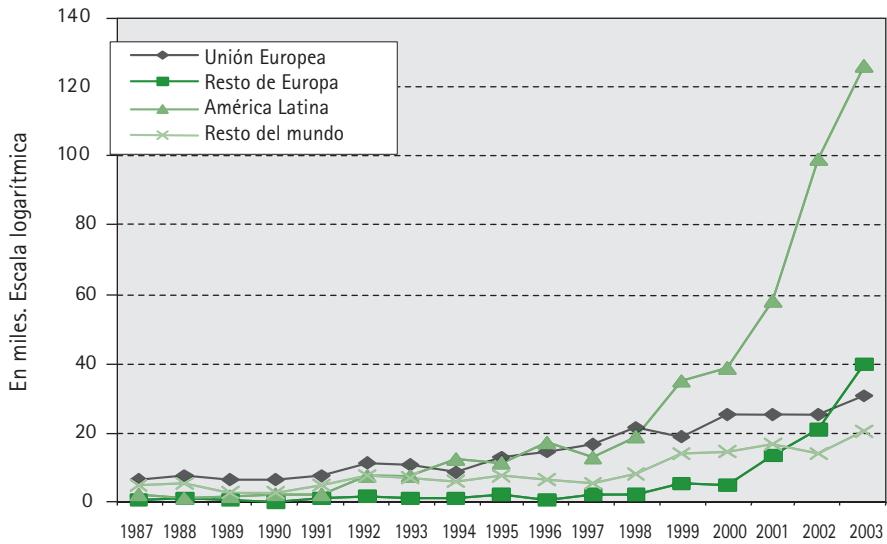


Fuente: INE, EPA, 1987-2003, segundo trimestre. Elaboración propia.

1998. A partir de entonces, el crecimiento de las mujeres latinoamericanas ha seguido un ritmo exponencial hasta los últimos datos publicados por la EPA, con los que se alcanza la cifra de 126.000 mujeres ocupadas. A partir del año 2000 se observa un segundo cambio: la ocupación de las mujeres de la Europa extracomunitaria en el sector servicios también aumenta exponencialmente.

GRÁFICO 17

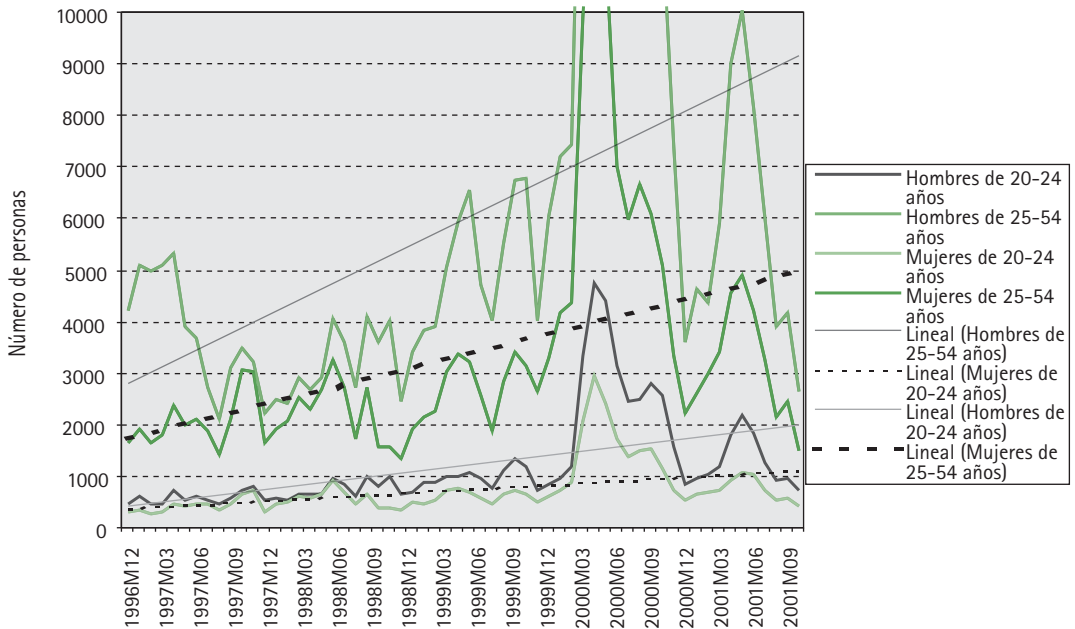
Extranjeras ocupadas en el sector de servicios por grandes regiones del mundo



Fuente: INE, EPA, 1987-2003, segundo trimestre. Elaboración propia.

GRÁFICO 18

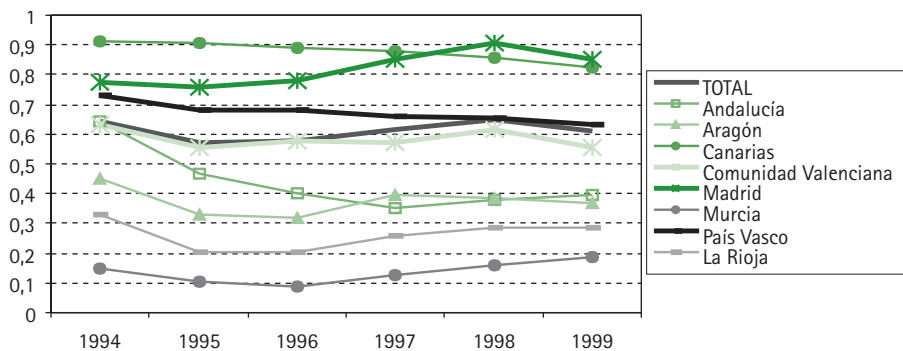
Permisos de trabajo concedidos a extranjeros



Fuente: INE, Boletín Mensual de Estadística, n.º 142, octubre 2003. Elaboración propia.

GRÁFICO 19

Porcentajes de permisos de trabajo otorgados para el sector servicios



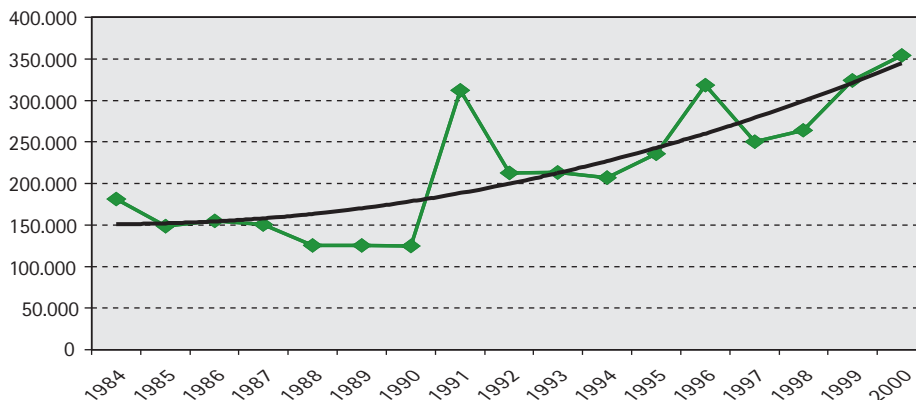
Fuente: INE, Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Elaboración propia.

Observemos ahora más detalladamente la evolución de la concesión a extranjeros de permisos de trabajo. Las series mensuales de permisos de trabajo no reflejan en absoluto una tendencia de ritmo gradual. En efecto, los picos registrados con las regularizaciones de los años 2000 y 2001 dificultan el trazo de tendencias. A pesar de ello sobresalen con fuerza el mayor ritmo de crecimiento de los permisos para los hombres de 25 a 54 años comparado con el de las mujeres de las mismas edades. A menor edad, la concesión de permisos también es mayor para los hombres.

El porcentaje de permisos de trabajo otorgados para el sector servicios varía de forma importante entre comunidades autónomas. En la serie que construimos, de 1994 a 1999, se observan fuertes dis-

GRÁFICO 20

Volumen anual de permisos de trabajo concedidos a mujeres extranjeras de 25 a 54 años, 1984-2000



Fuente: INE, Boletín Mensual de Estadística. Elaboración propia.

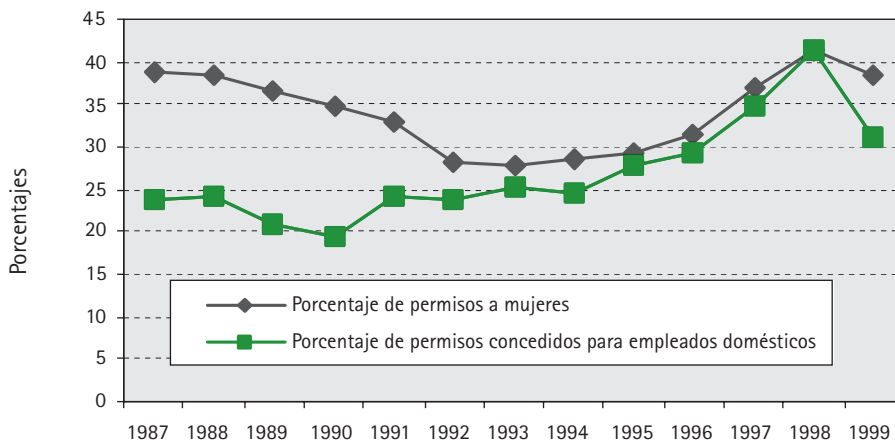
paridades regionales: la mayor proporción de permisos en el sector servicios se registra en Canarias, donde los permisos en el sector han llegado a significar más del 90% de todos los permisos de trabajo; aunque en los años 1998 y 1999 en la Comunidad de Madrid se da una proporción de permisos más elevada para trabajar en dicho sector. En el País Vasco también es elevado pero en los últimos años ha ido en declive. Por debajo de la media española, pero con porcentajes muy cercanos, se sitúa la Comunidad Valenciana. En Andalucía el peso de permisos para servicios ha ido en declive y separándose notablemente de la media española aunque en los dos últimos años observados ha ido en aumento. Las proporciones más bajas de permisos de trabajo en dicho sector se observan en Murcia y La Rioja.

En lo concerniente a los permisos concedidos a mujeres extranjeras en edad de ofrecer cuidado a mayores dependientes (25-54 años), el volumen anual se ha duplicado desde 1984 hasta el año 2000, tal como se observa en el siguiente gráfico, con altibajos importantes pero significativamente.

Hemos querido relacionar los permisos de trabajo concedidos a mujeres extranjeras con el sector del servicio doméstico. Para ello, hemos comparado los porcentajes de permisos de trabajo concedidos a mujeres extranjeras de 25-54 años, sobre el total de permisos concedidos, con el porcentaje de permisos concedidos para el sector de empleados domésticos y otro personal de limpieza de interior de edificios. La serie reconstruida para el período 1986-1999 nos muestra que ambos porcentajes tienden acercarse a partir de 1991, año en que los permisos concedidos para esta actividad empezaron a aumentar a fuerte ritmo. De forma indirecta, ello nos permite afirmar que la colocación en este sector ha sido clave para la integración de las mujeres extranjeras en nuestro mercado laboral.

GRÁFICO 21

Porcentaje de permisos concedidos a mujeres y porcentajes de permisos concedidos para empleos domésticos, sobre el total de permisos.



Fuente: INE y Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Elaboración propia.

Como conclusión, las mujeres extranjeras han contribuido, al igual que las españolas, al crecimiento del sector servicios. Su participación en el mercado laboral regular está relacionada con la fuerte entrada, por abajo, en dicho sector y, más concretamente con el sector de servicios domésticos.

5.2. UNA SOLUCIÓN A MEDIO CAMINO: LA AYUDA INFORMAL Y LA SOLIDARIDAD SOCIAL

Tradicionalmente las personas mayores dependientes han recibido ayuda informal no sólo por parte de las hijas, las nueras y los hijos, sino que los vecinos, amigos han participado y lo siguen haciendo con la realización de diversas tareas domésticas. La encuesta de empleo del tiempo 2002-2003 estima en un 23,7% el porcentaje de hogares que reciben ayuda. El mayor volumen de esfuerzo se encuentra en la ayuda recibida para el mantenimiento de la casa. El cuidado de niños presenta un fuerte peso del total de ayudas, seguido de la ayuda, en la preparación de comidas y las compras. La tabla ilustra el hecho de que la ayuda a las diferentes generaciones no es simétrica: sin atender a las diferencias de edad y género de los que ofrecen la ayuda se participa más en el cuidado de los niños que en el de los adultos.

TABLA 62

Porcentaje de hogares que han recibido ayuda en las cuatro últimas semanas

Ayuda recibida	Porcentaje sobre el total de hogares con ayudas	Porcentaje sobre el total de hogares
TOTAL	100,0	23,7
Preparación de comidas	24,6	5,8
Mantenimiento de la casa	62,1	14,7
Confeccc./cuidado prendas	11,5	2,7
Jardinería, animales	5,1	1,2
Construcción/repación	4,1	1,0
Compras	18,1	4,3
Gestiones hogar/servicios	6,6	1,6
Cuidado de niños	29,6	7,0
Cuidado de adultos	9,3	2,2
Otras	0,1	0,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de empleo del tiempo 2002-2003.

Al otro lado se encuentran los que ofrecen ayuda. El porcentaje de personas que prestan ayuda clasificados según el tipo de ayuda, la edad y el sexo del que la presta, nos señala la importancia de las diferencias de género en el empleo del tiempo dedicado a la atención de los mayores: las mujeres prestan ayuda más frecuentemente que los hombres. Ayudan más las mujeres de 25-64 años de edad. Al igual que los varones, éstas ayudan por igual a los niños y los adultos, si bien ellos lo hacen mucho menos.

TABLA 63

Porcentaje de personas que han prestado ayuda a otros hogares en las cuatro últimas semanas.

Actividades de ayuda prestada	Ambos sexos				Varones				Mujeres			
	Total	10-24 años	25-64 años	65 y más	Total	10-24 años	25-64 años	65 y más	Total	10-24 años	25-64 años	65 y más
TOTAL	19,0	15,9	20,3	18,0	14,9	13,6	14,9	16,3	22,9	18,3	25,6	19,3
Preparación de comidas	5,5	4,8	6,1	4,3	2,7	3,5	2,8	1,3	8,2	6,2	9,4	6,6
Mantenimiento de la casa	5,8	6,2	6,8	2,4	3,5	4,3	3,8	1,2	8,1	8,2	9,7	3,3
Confec./cuidado prendas	1,7	1,2	1,8	1,9	0,4	0,4	0,4	0,2	2,9	1,9	3,2	3,1
Jardinería, animales	1,9	2,4	2,0	1,2	2,6	2,8	2,6	2,2	1,4	1,9	1,4	0,6
Construcción reparación	1,7	1,7	2,1	0,4	3,2	2,8	3,8	1,0	0,3	0,5	0,3	0,0
Compras	7,2	7,6	8,1	3,5	5,4	6,4	5,6	3,3	8,9	8,8	10,6	3,7
Gestiones hogar servicios	2,6	1,3	3,4	1,3	2,8	1,5	3,4	1,9	2,4	1,2	3,3	0,8
Cuidados de niños	6,5	4,2	5,6	12,0	4,0	2,1	3,0	10,5	8,8	6,4	8,2	13,1
Cuidado de adultos	4,3	1,7	5,8	2,1	2,6	1,3	3,2	1,7	6,0	2,2	8,4	2,4
Otras	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de empleo del tiempo 2002-2003.

La ola correspondiente al año 2000 del Panel de Hogares de la Unión Europea estima que en España el 6,10% de las mujeres y el 2% de los varones adultos se dedican al cuidado de otros adultos. Tres de cada cuatro mujeres que prestan cuidados lo hacen durante más de veinte horas a la semana y más de una de cada cuatro dedican más de sesenta horas semanales a este servicio.

TABLA 64

Adultos por sexo y horas que dedican al cuidado de otros adultos

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Número de personas (miles)	32.769,9	15.909,4	16.860,6
Personas al cuidado diario de adultos (porcentaje)	4,10	2,0	6,10
Personas al cuidado diario de adultos (miles)	1.339,7	319,6	1.020,1
Porcentaje que dedica menos de 20 h a la semana	23,40	29,30	21,60
Porcentaje que dedica entre 20 y 39 h a la semana	30,60	34,10	29,50
Porcentaje que dedica entre 40 y 59 h a la semana	18,50	15,70	19,30
Porcentaje que dedica 60 horas o más a la semana	25,70	19,00	27,80
No consta	1,00		1,80

Fuente: INE, Panel de hogares de la Unión Europea 2000.

En la participación en actividades de voluntariado también es importante la asistencia social y la ayuda a ciudadanos/vecinos, capítulos en los que las diferencias de género no son significativas. Sin embargo, lo más llamativo es el bajo porcentaje de personas que participan en estas tareas de voluntariado entre los varones y las mujeres de más de 24 años.

TABLA 65
Porcentaje de personas que han participado en actividades de voluntariado en las cuatro últimas semanas

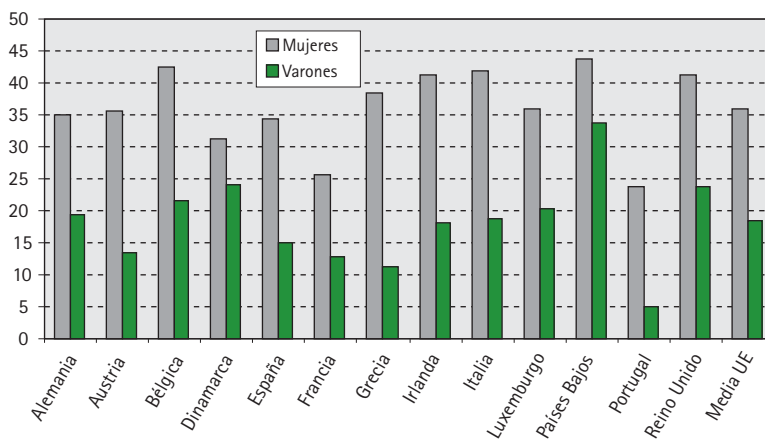
Actividades de voluntariado	Ambos sexos				Varones				Mujeres			
	Total	10-24 años	25-64 años	65 y más	Total	10-24 años	25-64 años	65 y más	Total	10-24 años	25-64 años	65 y más
TOTAL	12,1	14,0	12,5	8,5	13,2	16,0	13,3	9,3	10,9	12,0	11,6	7,9
Juventud	1,1	2,9	0,8	0,1	1,2	2,7	1,0	0,0	1,0	3,2	0,6	0,1
Deporte	2,5	5,6	2,2	0,4	4,1	8,3	3,5	0,8	1,1	2,7	0,9	0,0
Confesiones religiosas	2,5	3,2	2,1	3,1	2,1	3,1	1,7	2,5	2,8	3,3	2,5	3,5
Política empresarios	1,3	0,5	1,8	0,4	1,9	0,6	2,6	0,8	0,8	0,3	1,1	0,2
Desarrollo	0,6	0,4	0,7	0,2	0,6	0,6	0,7	0,2	0,6	0,3	0,8	0,1
Asistencia social	1,6	1,1	1,6	2,0	1,5	1,0	1,5	2,0	1,7	1,1	1,8	2,1
Medioambiente	0,4	0,8	0,5	0,1	0,5	0,8	0,5	0,2	0,4	0,7	0,4	0,0
Derechos humanos	0,4	0,2	0,5	0,2	0,4	0,2	0,5	0,0	0,4	0,3	0,5	0,3
Ciudadanos/vecinos	1,8	0,3	2,2	2,3	1,9	0,2	2,2	2,7	1,7	0,3	2,1	1,9
Arte	1,7	2,2	1,8	0,7	2,0	2,0	2,1	1,2	1,4	2,3	1,5	0,4
Educación	1,4	1,0	1,9	0,2	1,1	1,0	1,4	0,0	1,8	1,1	2,5	0,3
Otras	0,2	0,1	0,2	0,4	0,2	0,0	0,2	0,5	0,2	0,2	0,1	0,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de empleo del tiempo 2002-2003.

¿Y en relación al resto de los países de la Unión europea cómo es la solidaridad de los españoles? Con la ola correspondiente al año 1999 del Panel de Hogares de la Unión Europea se estiman los porcentajes de personas que se dedican al cuidado de otros. El gráfico resultante muestra unas enormes diferencias de género, siendo Dinamarca y los Países Bajos los Estados en donde más se han reducido las diferencias entre los varones cuidadores y mujeres cuidadoras. De hecho, la media europea es de 36% de mujeres y de 18% de varones que se dedican al cuidado de los otros. El porcentaje de participación de las mujeres españolas se sitúa muy cerca del porcentaje estimado para las alemanas, austríacas y luxemburguesas. En lo que concierne a la participación de los varones españoles, nos interesa destacar que éste es inferior al de la media europea y que sólo en Austria, Francia, Grecia y Portugal los porcentajes de varones en esta tarea son inferiores al estimado para los españoles.

GRÁFICO 22

Porcentaje de personas que se dedican al cuidado de otros



Fuente: INE, Panel de hogares de la Unión Europea 2000. Ola correspondiente a 1999. Elaboración propia.

TABLA 66

	1998		1999		2000		2001		1998		1999		2000		2001			
	Inmigra.	%	I.A.	Inmigra.	%	I.A.	Inmigra.	%	I.A.	Inmigra.	%	I.A.	Inmigra.	%	I.A.	Inmigra.	%	I.A.
Total destino	81.227	100,0	2,0	127.365	100,0	3,2	362.468	100,0	8,9	414.772	100,0	10,0						
Andalucía	9.544	11,7	1,3	15.671	12,3	2,1	32.745	9,0	4,4	38.242	9,2	5,1						
Aragón	587	0,7	0,5	860	0,7	0,7	3.845	1,1	3,2	5.023	1,2	4,2						
Asturias	1.568	1,9	1,4	1.791	1,4	1,7	4.162	1,1	3,9	4.451	1,1	4,1						
Baleares	3.351	4,1	4,1	4.010	3,1	4,8	5.950	1,6	6,9	8.096	2,0	9,0						
Canarias	8.859	10,9	5,4	12.655	9,9	7,5	23.416	6,5	13,4	25.258	6,1	13,9						
Cantabria	369	0,5	0,7	487	0,4	0,9	1.339	0,4	2,5	1.727	0,4	3,2						
Castilla-La Mancha	1.438	1,8	0,8	2.226	1,7	1,3	11.101	3,1	6,4	14.026	3,2	7,9						
Castilla y León	1.609	2,0	0,6	2.394	1,9	1,0	6.288	1,7	2,5	9.902	2,4	4,0						
Cataluña	15.631	19,2	2,5	16.505	13,0	2,6	33.933	9,4	5,4	46.320	11,2	7,2						
Com. Valenciana	10.481	12,9	2,6	20.887	16,4	5,1	53.737	14,8	12,9	78.050	18,8	18,3						
Extremadura	1.351	1,7	1,3	1.799	1,4	1,7	2.011	0,6	1,9	1.877	0,5	1,7						
Galicia	6.850	8,4	2,5	8.506	6,7	3,1	12.547	3,5	4,6	11.395	2,7	4,2						
Madrid	14.086	17,3	2,8	29.656	23,3	5,7	137.165	37,8	25,9	134.909	32,5	24,8						
Murcia	2.282	2,8	2,0	3.814	3,0	3,3	20.605	5,7	17,6	19.130	4,6	15,8						
Navarra	439	0,5	0,8	745	0,6	1,4	1.711	0,5	3,1	1.192	0,3	2,1						
País Vasco	2.235	2,8	1,1	4.104	3,2	2,0	7.622	2,1	3,6	10.009	2,4	4,8						
La Rioja	460	0,6	1,7	1.099	0,9	4,2	4.154	1,1	15,5	5.093	1,2	18,5						
Ceuta	65	0,1	0,9	79	0,1	1,1	110	0,0	1,5	56	0,0	0,7						
Melilla	22	0,0	0,4	77	0,1	1,3	27	0,0	0,4	16	0,0	0,2						

Fuente: A. Ariño y cols. (2002), «La inmigración en la Comunidad Valenciana» (no publicado).

5.3. LA SITUACIÓN DE LA INMIGRACIÓN A NIVEL DEL ESTADO

A continuación presentamos la diversidad territorial que presenta la evolución reciente de la inmigración en nuestro país, utilizando la división administrativa de las comunidades autónomas.

Como se observa en la tabla 66, y por cuanto se refiere a a los últimos años, el número de inmigrantes en nuestro país se ha ido incrementando de forma progresiva desde los 81.227 del año 1998 hasta los 414.772 del año 2001, pero además, y esto resulta enormemente significativo, el Índice de Atracción (IA) o lo que es lo mismo, el número de inmigrantes por cada mil habitantes, va ocupando cada vez una proporción más elevada, pasando del 2,0 en 1998 al 10,0 en 2001. Dicho de otro modo, el número de inmigrantes se incrementa de manera más significativa que el propio crecimiento de la población española.

Por cuanto se refiere a un análisis más pormenorizado referido a las tres CC.AA. que forman parte de la investigación objeto del presente trabajo, señalar que mientras en el País Vasco y en la Comunidad Valenciana, el número de inmigrantes ha crecido de forma constante, en la Comunidad de Madrid, la inmigración en el último año 2001 había detenido su crecimiento, mostrando incluso, un ligero retroceso respecto al año anterior. No obstante, esta comunidad autónoma registra el Índice de Atracción más elevado del país, seguida inmediatamente por La Rioja y la Comunidad Valenciana.

TABLA 67

Número de hombres extranjeros según su origen (Porcentajes)

Ámbito territorial	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Andalucía	39,96	7,15	0,38	30,13	1,14	2,19	14,08	4,84	0,13
Aragón	9,92	21,01	0,48	38,78	2,22	1,09	23,48	2,85	0,16
Asturias	28,71	8,74	0,71	11,49	8,23	3,68	35,45	2,81	0,18
Baleares	44,36	5,08	0,28	20,59	1,72	1,02	23,69	3,11	0,13
Canarias	48,02	3,63	0,28	14,26	5,42	0,64	21,83	5,86	0,06
Cantabria	18,62	12,69	0,53	19,19	4,87	3,11	35,13	5,36	0,49
Castilla y León	25,81	21,22	0,60	17,09	3,34	1,79	26,59	3,48	0,09
Castilla-La Mancha	7,08	25,00	0,50	29,04	1,90	0,98	32,16	3,12	0,22
Cataluña	18,29	5,93	0,64	38,84	2,60	1,16	23,85	8,61	0,07
Comunidad Valenciana	36,88	17,03	0,61	18,36	1,18	0,67	21,23	3,97	0,08
Extremadura	18,04	3,05	0,20	63,65	0,86	0,79	11,35	2,03	0,05
Galicia	40,17	4,04	0,38	13,58	5,34	2,37	31,58	2,40	0,15
Madrid	11,42	13,62	0,20	17,78	4,57	1,66	45,44	5,26	0,06
Murcia	8,74	5,65	0,27	39,94	0,51	0,31	43,24	1,32	0,02
Navarra	13,07	9,53	0,16	32,89	2,27	0,96	38,60	2,46	0,06
País Vasco	30,76	5,02	0,63	24,39	3,38	2,38	27,73	5,42	0,29
La Rioja	11,82	14,49	1,25	33,88	1,17	0,61	23,23	13,55	0,00
Total nacional	25,21	10,41	0,43	26,30	2,74	1,28	28,35	5,19	0,09

Nota: 1 (Unión Europea); 2 (otros países europeos); 3 (resto de países europeos); 4 (países africanos); 5 (América Central); 6 (América del Norte); 7 (América del Sur); 8 (Países asiáticos); 9 (Oceania).*

** Armenia, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Hungría, Lituania, Moldavia, Noruega, Polonia, República Checa, Rumanía, Rusia, Ucrania, Suiza y Yugoslavia.*

Fuente: Elaboración propia a partir de Instituto Nacional de Estadística. Datos del padrón correspondientes al año 2002. Internet: www.ine.es

Con resultados más actualizados correspondientes al año 2002, presentamos a continuación en las tablas 67 y 68 la distribución porcentual del número de inmigrantes según su lugar de origen.

TABLA 68
Número de mujeres extranjeras según su origen (Porcentajes)

Ámbito territorial	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Andalucía	46,34	8,00	0,49	16,70	2,25	2,29	19,45	4,30	0,18
Aragón	11,95	17,65	0,47	17,13	6,74	1,45	42,02	2,46	0,12
Asturias	20,78	6,90	0,49	4,72	12,53	3,21	48,68	2,55	0,14
Baleares	52,14	5,94	0,41	7,86	2,99	1,12	26,39	2,99	0,17
Canarias	49,24	4,21	0,36	7,02	6,94	0,78	25,82	5,57	0,06
Cantabria	14,21	9,00	0,37	4,53	10,52	4,18	52,92	4,07	0,20
Castilla y León	22,84	15,79	0,38	8,52	8,23	2,15	39,07	2,91	0,10
Castilla-La Mancha	9,02	18,89	0,49	15,09	5,72	1,61	46,42	2,56	0,20
Cataluña	20,69	6,53	0,73	22,39	6,42	1,65	35,68	5,85	0,08
Comunidad Valenciana	42,95	15,83	0,59	7,86	2,10	0,90	26,79	2,89	0,10
Extremadura	21,27	4,36	0,19	37,36	4,38	1,70	28,40	2,32	0,05
Galicia	30,51	3,81	0,28	4,66	8,59	2,64	47,74	1,66	0,12
Madrid	10,37	11,13	0,21	10,64	7,28	1,87	53,62	4,82	0,05
Murcia	14,01	8,55	0,41	17,83	1,75	0,47	55,59	1,37	0,02
Navarra	13,30	9,61	0,15	10,10	6,47	1,70	56,77	1,83	0,08
País Vasco	24,16	5,00	0,58	10,69	7,36	2,89	44,50	4,63	0,19
La Rioja	12,74	14,65	1,12	17,47	3,92	1,27	44,28	4,52	0,00
Total nacional	27,54	9,74	0,45	13,35	5,36	1,60	37,67	4,19	0,09

Nota: 1 (Unión Europea); 2 (otros países europeos); 3 (resto de países europeos); 4 (países africanos); 5 (América Central); 6 (América del Norte); 7 (América del Sur); 8 (Países asiáticos); 9 (Oceanía).*

** Armenia, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Hungría, Lituania, Moldavia, Noruega, Polonia, República Checa, Rumania, Rusia, Ucrania, Suiza y Yugoslavia*

Fuente: Elaboración propia a partir de Instituto Nacional de Estadística. Datos del Padrón correspondientes al año 2002. Internet: www.ine.es

En especial, y por cuanto se refiere a las mujeres (Tabla 68), observamos que las inmigrantes procedentes de América del Sur representan la proporción más elevada del país, con un 37,67%.

116

Por cuanto se refiere de forma especial a las tres CC.AA. objeto del presente trabajo, señalar que en la Comunidad Valenciana, el porcentaje más elevado de inmigrantes procede la UE. Se trata, en su mayoría, de los ciudadanos de países europeos, que en proceso de jubilación se han trasladado al territorio de esta comunidad en busca de una bonanza climática, especialmente en la provincia de Alicante. Le sigue en importancia porcentual las inmigrantes procedentes de América del Sur (26,79%) y un incipiente pero importante colectivo de mujeres procedentes de otros países europeos que no pertenecen a la CE (15,83%).

En la Comunidad de Madrid (con el 53,62%) y en el País Vasco (con el 44,50%) predominan especialmente las mujeres procedentes de América del Sur.

Conociendo que el mayor contingente de mujeres inmigrantes dedicadas al servicio doméstico o directamente al cuidado de mayores, procede de los países de América Latina, estos datos sugieren que las mujeres inmigrantes de estos países siguen encontrando en este tipo de actividades un verdadero yacimiento de empleo que posibilita una llegada y una permanencia entre nosotros en futuros años.

5.4. LA DIVERSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL DE LOS INMIGRANTES IRREGULARES EN ESPAÑA

Una vez analizada la creciente incorporación de ciudadanos inmigrantes a nuestras latitudes, presentamos a continuación los datos aportados por el Colectivo IOE (2000) y que se refieren al tipo de actividad que los inmigrantes irregulares desarrollan en nuestro país en una investigación llevada al efecto y referida a la situación en el mercado de trabajo de las mujeres inmigrantes en nuestro país.

TABLA 69

Cotizantes, irregulares y nacionalizados en las cinco principales ocupaciones

	Limpiezas	Hostelería	Oficinas	Cuenta propia	Otros empleos	TOTAL
Extranjeras cotizantes	50,6	57,4	59,7	40,5	37,3	49,0
Nacionalizadas	16,9	16,0	23,9	38,3	34,0	22,1
Extranjeras no cotizantes	32,5	26,6	16,4	21,1	28,7	29,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(Base muestral)	(800)	(233)	(190)	(231)	(215)	(1.669)

Fuente: Avance de resultado de las encuestas aplicadas por Colectivo IOÉ en 2000.

TABLA 70

Cotizantes a 31-12-1999 y estimación de nacionalizadas e irregulares

	Limpiezas	Hostelería	Oficinas	Cuenta propia	Otros empleos	TOTAL
Extranjeras cotizantes	36.404	3.459	7.212	4.376	4.406	55.857
Nacionalizadas	12.183	966	2.892	4.138	4.016	24.195
Extranjeras no cotizantes	223.428	1.605	1.985	2.283	3.390	32.691
Total	72.015	6.030	12.089	10.797	11.812	112.743

Fuente: Avance de resultado de las encuestas aplicadas por Colectivo IOÉ en 2000.

De cualquier modo, y como señalan los mismos autores (Colectivo IOÉ, 2000), las mujeres procedentes de países del Tercer Mundo que están dadas de alta como extranjeras en la Seguridad Social en las cinco ocupaciones seleccionadas son menos de la mitad de las que realmente trabajan en esos mercados según sus propias estimaciones.

5.5. INMIGRACIÓN Y CUIDADOS A MAYORES: ¿UN BINOMIO EMERGENTE Y UNA SOLUCIÓN COYUNTURAL?

Nos preguntamos finalmente, por el futuro de la actividad «inmigrantes que cuidan a mayores». Sin lugar a dudas, se trata de un fenómeno social que se incrementa día a día debido a una serie de factores: 1) crece el número de mayores dependientes; 2) las familias están modificando sus expectativas de cuidado al mayor dependiente, y 3) el número de mujeres inmigrantes, dispuestas a realizar una actividad dirigida al cuidado de los mayores, se incrementa de forma constante.

Así, podríamos apuntar que se trata de un binomio emergente mayor dependiente-cuidador inmigrante, que es necesario analizar con la profundidad y el interés que la situación requiere.

Como se apunta con frecuencia, la sociedad camina por delante de la legislación. Cabría apuntar si esta solución es un fenómeno social coyuntural o si seguirá expandiéndose de manera continuada durante los próximos años.

TABLA 71

La relación inmigrantes-mayores de 75 años

Ambito territorial	Población total	Población extranjera (porcentajes)	Mujeres extranjeras de 25-44 años por cada cien residentes de 75 y más años
Andalucía	7.478.432	2,84	8,48
Aragón	1.217.514	3,62	7,86
Asturias	1.073.971	1,38	3,95
Baleares	916.968	10,88	35,94
Canarias	1.843.755	7,76	35,55
Cantabria	542.275	1,91	6,16
Castilla y León	2.480.369	1,72	4,14
Castilla-La Mancha	1.782.038	2,70	6,52
Cataluña	6.506.440	5,87	16,40
Comunidad Valenciana	4.326.708	6,96	16,42
Extremadura	1.073.050	1,41	3,07
Galicia	2.737.370	1,55	4,38
Madrid	5.527.152	8,04	34,03
Murcia	1.226.993	6,81	20,95
Navarra	569.628	5,39	13,84
País Vasco	2.108.281	1,82	6,20
La Rioja	281.514	5,43	12,45
ESPAÑA	41.837.894	4,73	13,79

Fuente: Elaboración propia a partir de Instituto Nacional de Estadística. Datos del padrón correspondientes al año 2002. Internet: www.ine.es.

En cualquier caso, resultaba necesario analizar el tema con un mínimo rigor, y de esto trata la investigación que se describe en las páginas que siguen a continuación. Como señalamos con posterioridad, desconocemos el número de mayores y familias que han recurrido a la contratación de un/a cuidador/a inmigrante para atender a alguna persona mayor en situación de necesidad, por lo que no es posible un acercamiento a la realidad de manera cuantitativa (al menos en este momento), pero sí llevar a cabo un estudio exploratorio sobre la realidad del fenómeno a través de una metodología cualitativa que nos permita conocer la situación actual de las familias que utilizan este recurso y de los inmigrantes que lo hacen posible.

En todo caso, entendemos que los resultados que siguen a continuación, a partir del siguiente capítulo, aportan suficiente luz como para diseñar alguna estrategia que posibilite una regulación de la actividad en el futuro, que beneficie tanto a la calidad de vida de las personas mayores como a los inmigrantes que en la actualidad conviven con nosotros o que deseen hacerlo en el futuro.

CONCLUSIONES

Exponemos a continuación, una serie de conclusiones que permiten expresar de forma resumida los elementos condicionantes de la aparición del fenómeno social que conjuga la dependencia de nuestros mayores, con la situación de cuidados a este colectivo por parte de inmigrantes en España.

En primer lugar, el proceso de envejecimiento de la población en nuestro país sigue un proceso imparable y constante de crecimiento, de tal modo, que al final de la presente década, más de siete millones y medio de ciudadanos, tendrán 65 años o más, y de éstos, y por cuanto se refiere de forma directa a los objetivos de nuestra investigación, más de dos millones de esta cohorte de edad tendrán 80 y más años. Esta perspectiva de crecimiento se contempla al menos hasta el horizonte de la mitad del siglo XXI. Así, en el año 2020, España se convertirá, junto a Grecia, Suiza e Italia, en uno de los países más envejecidos de la Unión Europea.

Directamente relacionado, aunque nunca de manera conclusiva con el proceso de envejecimiento de la población, nos encontramos con que un elevado número de ciudadanos de 80 y más años se encuentra en este momento afectado por una situación de dependencia que requiere de la ayuda de otras personas para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (AVD). Según los resultados que ofrece la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* del INE (1999), se calcula que más de dos millones de ciudadanos de 65 años y más se encuentran afectados por algún tipo de discapacidad. De entre los tres territorios que conforman la selección de la muestra objeto de nuestra investigación, la Comunidad Autónoma Valenciana, con una prevalencia de la discapacidad de 300 personas por cada mil habitantes de 65 y más años, presenta la tasa más elevada de las tres comunidades.

La posibilidad de aparición de una situación de dependencia se incrementa de manera constante en relación a la edad de las personas, hasta el punto de que a partir de los 85 años, la posibilidad de padecer un proceso de discapacidad afecta a más de 600 de cada mil personas en esta cohorte de edad. En el caso de las mujeres, esta proporción sobrepasa las 650 personas.

Por cuanto se refiere a las expectativas de cuidado por parte del mayor, en el caso de verse afectado por una situación de dependencia en el futuro, y según las encuestas llevadas a cabo por el CIS durante los años 1998 y 2002, la gran mayoría de la población desea recibir atenciones en su propia casa, adaptándola a las necesidades que se puedan presentar con la edad y recibiendo servicios sociosanitarios de apoyo (más de 66% de los entrevistados). A continuación, casi un diez por ciento de la población española desea recibir atenciones en su propio domicilio por parte de una persona a la que pagará para que le preste ayuda. La opción institucional o de ser ingresado en una residencia va perdiendo adeptos de forma progresiva, desde el 9% en 1998 al 4% en 2002.

La provisión de cuidados por parte del Estado, ante una situación de dependencia en personas mayores, no atraviesa por un momento especialmente graciable. Los gastos de protección social a la vejez en nuestro país son de los más bajos en el conjunto de la C.E. Por cuanto se refiere a los recursos dirigidos especialmente a la atención a las personas mayores en situación de dependencia, los Programas de Ayuda a Domicilio alcanzan unos índices de cobertura y una intensidad horaria ciertamente preocupantes. Estos índices resultan igualmente paupérrimos en el caso de los Centros de Día y el Servicio de Teleasistencia. Tan sólo en el caso de las Residencias se observa un ligero acercamiento a las *ratios* que propugnan instituciones de reconocida solvencia como la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología o El Defensor del Pueblo.

Si la familia ha sido tradicionalmente (y todavía sigue siéndolo en la actualidad la principal proveedora de cuidados ante una situación de dependencia entre las personas de edad avanzada, esta opción se va debilitando ante las nuevas expectativas de cuidado por parte de la mujer, en parte debido a su importante incorporación al mundo del trabajo y especialmente por el cambio de actitud por parte de las mujeres españolas ante el significado de seguir manteniendo el tradicional rol de cuidadora (niños y mayores) en la unidad familiar.

Por otra parte, las situaciones de cuidado de forma intensa y prolongada ante una circunstancia de dependencia por parte de alguno de los miembros de la familia están dando lugar a un agotamiento de la provisión de cuidados y a la búsqueda de alternativas que proporcionen lo que ha venido en denominarse «ayudas de respiro», a través de alternativas tales como la contratación de alguna persona, para que comience a hacerse cargo de los cuidados prolongados que requiere la persona mayor en situación de dependencia. Desde otro punto de vista, la actual situación de convivencia del mayor en la actualidad, viviendo solo o con su pareja en su propio domicilio y, en ocasiones, alejado de otros miembros de la unidad familiar, están propiciando igualmente la contratación de este tipo de servicios.

En nuestro país, la responsabilidad de cuidado de los mayores, según las últimas encuestas, según la opinión del conjunto de los ciudadanos, debería recaer en el Estado, a través de apoyos económicos en forma de «salario mensual», seguida de una necesaria y correcta atención de ayuda en el propio domicilio del mayor. Pero lo cierto es que, aun a pesar de que los recursos dirigidos a la atención a las personas mayores se van incrementando año tras año, no existe una política definida que proporcione este tipo de alternativas demandadas por la población.

Como han señalado algunos autores, el futuro de la atención a la dependencia en mayores se plantea desde dos vertientes bien diferenciadas. Por un lado, debería ser el Estado el que a través de servicios adecuados proporcione soluciones a esta situación y, por otro, deberían ser los propios afectados y sus

familias los que deberían hacer frente a las mismas de manera individual. En el primer caso, los gastos de protección social a la vejez que dedica el Estado en nuestro país en la actualidad no permiten vislumbrar un horizonte muy positivo en este sentido.

Pero hete aquí que un nuevo fenómeno social emerge con fuerza en nuestro país. Se trata de la llegada masiva de inmigrantes, especialmente mujeres de procedencia latinoamericana, que desean instalarse en nuestro país de forma definitiva, o al menos, resolver la situación de precariedad que estaban atravesando en sus países de origen. Esta masiva llegada de ciudadanos desde otras latitudes se va incrementando año tras año y en algunas comunidades autónomas se está convirtiendo en un verdadero problema social.

A la búsqueda de un trabajo que les permita mantener una vida digna entre nosotros, estas mujeres inmigrantes (muchas de ellas sin permiso de trabajo regularizado) están encontrando en la actividad de «cuidado a personas mayores» una solución (al menos de manera provisional) a sus problemas de asentamiento en nuestro país. Por otro lado, las familias están encontrando en este colectivo de mujeres inmigrantes una solución a los problemas derivados del cuidado de atención a la persona mayor.

Este que hemos denominado «fenómeno social emergente», que aparentemente está dando soluciones a un grave problema social que afecta al binomio inmigrantes-personas mayores dependientes, necesita ser analizado a fin de conocer las consecuencias derivadas de lo que podríamos denominar «nuevo recurso», y que podría dejar de convertirse en una situación coyuntural para regularizarse en el futuro.

Esta es la pretensión que guía los resultados de la investigación que presentamos a continuación, y que pretende poner de manifiesto que si bien, y aparentemente, la atención y cuidado de personas mayores por ciudadanos inmigrantes está dando solución a un grave problema, adolece de algunos efectos perversos y a los que es posible dar soluciones en el futuro.

Como siempre, la sociedad camina por delante de la legislación, quizá es el momento de que estas iniciativas que surgen en la comunidad ante la aparición de determinados problemas sociales puedan ser contempladas desde la legalidad en el futuro.

Capítulo 2

*LA SITUACIÓN DE CUIDADOS A PERSONAS MAYORES POR PARTE
DE INMIGRANTES EN ESPAÑA: METODOLOGÍA*

Enrique Berjano
Carles Simó
Antonio Ariño
Universitat de València

1. ELECCIÓN DE LOS TERRITORIOS

La elección de las tres CC.AA. seleccionadas se encuentra en función de una serie de variables que comentamos a continuación:

En primer lugar, se escogen dos comunidades (Madrid y Valencia) en donde el número de inmigrantes es muy elevado y que por tanto pueden desarrollar la actividad de «cuidar a mayores» en una proporción mucho más significativa que en otra (País Vasco), donde el proceso de inmigración extranjera es uno de los más bajos del país.

En segundo lugar, se escoge una comunidad (País Vasco) en donde los servicios formales de proximidad dirigidos a la atención al mayor en situación de dependencia se encuentran mucho más desarrollados que en las otras dos comunidades (Madrid y Valencia) que forman parte del estudio.

En tercer lugar, se seleccionan igualmente los territorios en función de las situaciones de dependencia por las que pueden verse afectados los ciudadanos en cada una de las CC.AA. propuestas en el estudio.

2. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Como señalábamos en el preámbulo, y dado que las características definitorias de este fenómeno nos son desconocidas en gran medida y el alcance y límites aparecen como imprecisos, resultaría poco útil el diseño de investigaciones basadas en muestras representativas de la población a estudiar. En contraste, hemos llevado a cabo una investigación de carácter exploratorio, que nos ha permitido el conocimiento del fenómeno social «inmigrantes que cuidan a personas mayores» a través del análisis de datos secundarios, y la realización de entrevistas semiestructuradas sobre diferentes colectivos de la población que a nuestro entender se encuentran estrechamente vinculadas con el fenómeno a estudiar.

De este modo, presentamos los resultados obtenidos a través del análisis de contenido de las entrevistas realizadas sobre tres colectivos (informantes clave, inmigrantes que cuidan a personas mayores y familias que eligen esta opción para el cuidado de la persona mayor dependiente) a una muestra seleccionada en cada una de las tres CC.AA. objeto de la investigación. Nos decantamos, pues, por una metodología de tipo cualitativo a fin de ahondar en profundidad en el fenómeno social objeto de la investigación.

La muestra seleccionada en los tres territorios autonómicos queda como sigue:

TABLA 1
Distribución y tipología de entrevistas por comunidad

Comunidad	Informantes clave	Familias	Inmigrantes	TOTAL
Valencia	49	21	22	92
Madrid	40	20	20	80
País Vasco	26	12	12	50
TOTALES	115	53	54	222

3. TEMPORALIZACIÓN DEL ESTUDIO

3.1. PRIMERA FASE: BÚSQUEDA Y ANÁLISIS DE FUENTES SECUNDARIAS

El ámbito de investigación se delimitará a partir de los siguientes elementos:

- Distribución de la población de 65 años y más en cada territorio y en el conjunto del Estado.
- Afecciones discapacitantes por las que se ven afectados los ciudadanos de 65 y más años por CC.AA. y a nivel del Estado.
- Situación del proceso de inmigración y ocupación por distintos sectores tanto a nivel del Estado como en las diferentes CC.AA.
- Recursos formales e informales dirigidos a la atención a las personas mayores afectadas por alguna situación de dependencia en el conjunto del país y en cada CC.AA.

3.2. SEGUNDA FASE: ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE

Entendemos por «informantes clave» aquellas personas que por el lugar que ocupan en la estructura de las relaciones sociales pueden tener una información relevante en el fenómeno social objeto de estudio, así como aquellas otras que pueden participar como mediadores en la conexión entre inmigrantes y hogares con mayores dependientes. Se incluye, pues, una variada gama de informantes:

- Técnicos de servicios sociales de la Administración local.
- Técnicos y directivos de asociaciones que dirigen sus esfuerzos a la atención al mayor en situación de discapacidad (Asociación Parkinson, Alzheimer, etc.).
- Técnicos y directivos que desarrollan su actividad en programas de atención a la inmigración.
- Personal técnico y directivos de organizaciones sindicales que desarrollan programas de atención social dirigidos a los servicios sociales y a la atención al colectivo de inmigrantes.
- Organizaciones humanitarias que intervienen de forma directa en la mediación del fenómeno inmigrantes y cuidado de personas mayores dependientes.

La distribución de la muestra en cada uno de los territorios en esta primera fase, se adecua a las características propias de las diferentes CC.AA. que forman parte del estudio.

En el caso de la Comunidad de Madrid se han tenido en cuenta tres grandes unidades espaciales: 1) almendra central del municipio de Madrid (350.000 hogares), 2) periferias del municipio de Madrid (650.000 hogares) y 3) coronas metropolitanas (500.000 hogares) en las que se localizarán cinco puntos de sondeo: tres en el municipio de Madrid (uno en la almendra central y dos en las periferias) y otros dos en las coronas metropolitanas.

En el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco se ha utilizado una comarcalización que corresponde a los criterios rural-urbano, costa interior, áreas metropolitanas y capitalidad. Esta clasificación da como resultado seis áreas: 1) área metropolitana de Bilbao, 2) San Sebastián y Vitoria-Gasteiz, 3)

Uribe Costa-Lea Artibao; 4) Goierri-Deba, 5) Encartaciones-Arratia, y 6) Montaña Alavesa-Llanada Alavesa.

En el caso de la Comunidad Autónoma Valenciana se han privilegiado los siguientes criterios: a) costa litoral-interior; b) grado de urbanización (zona rural/áreas metropolitanas), c) tamaño de la población, d) presencia de mayores de 75 años, e) presencia de inmigrantes. De la combinación de estos criterios se han seleccionado las siguientes áreas: 1) grandes áreas metropolitanas, 2) zona litoral, 3) zona rural, 4) cabeceras de comarca.

3.3. TERCERA FASE: ENTREVISTAS A INMIGRANTES QUE CUIDAN A PERSONAS MAYORES Y A FAMILIAS QUE HACEN UTILIZACIÓN DE ESTE RECURSO

Esta tercera fase contempla la realización de un número de entrevistas semiestructuradas dirigidas a: 1) inmigrantes que en estos momentos están realizando la actividad de cuidado de personas mayores dependientes; y 2) personas mayores y familias que han optado por la elección de este recurso como solución al cuidado y atención de un familiar mayor en situación de dependencia. La distribución de este tipo de entrevistas en cada CC.AA. queda reflejada en la anterior tabla 1.

3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Para cada uno de los tres tipos de entrevistas seleccionadas se ha diseñado un instrumento de recogida de información, que ha sido utilizado conjuntamente en los tres territorios que han formado parte del estudio y que se presentan en el anexo.

Capítulo 3

*EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES REALIZADO
POR CIUDADANOS INMIGRANTES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA*

Enrique Berjano
Carles Simó
Antonio Ariño
Universitat de València

Como veremos a lo largo de las páginas que siguen, en la Comunidad Autónoma Valenciana se dan con suficiente profusión los elementos que conforman el objeto de nuestra investigación: por un lado, el número de personas mayores dependientes se ha incrementado —como en el resto del país— de forma considerable; por otra parte, nuestra comunidad alberga un importante número de inmigrantes, muchos de ellos en situación de irregularidad que, como veremos, constituyen el yacimiento principal de la actividad «cuidados a mayores dependientes» y, en tercer lugar, los recursos formales —los que dependen de las diferentes administraciones locales provinciales o autonómicas— no alcanzan a cubrir ni siquiera mínimamente, las necesidades de atención que requieren las personas mayores dependientes en nuestra comunidad.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos en nuestro trabajo, a través de un protocolo elaborado de forma consensuada por las tres CC.AA. que forman parte de la investigación global a través del Estado. El trabajo se estructura en dos partes claramente diferenciadas. En primer lugar, presentamos una visión de la percepción del fenómeno a través de dos indicadores: a) el análisis de fuentes secundarias, y b) la visión de los informantes clave.

Los resultados obtenidos a través de fuentes secundarias presentan algunos indicadores que a nuestro entender configuran una información relevante para acercarnos a la comprensión del fenómeno objeto de nuestro estudio, tales como: indicadores demográficos, indicadores de salud, indicadores económicos y sociales, situación de la inmigración en nuestra comunidad y la descripción de los recursos formales o institucionales que están dirigidos a la atención y mantenimiento de la calidad de vida de la persona mayor en situación de dependencia.

En cuanto se refiere a la visión de los informantes clave, se han llevado a cabo una serie de entrevistas semidirigidas a un número determinado de personas en nuestra comunidad y que, se supone, tienen un conocimiento adecuado del tema objeto de nuestra investigación. A través del análisis de contenido de las entrevistas grabadas y posteriormente transcritas a estos informantes, se ha llegado a establecer una serie de categorías que conformarían la visión global de este emergente fenómeno social.

La segunda parte de nuestro trabajo se recoge bajo el epígrafe de «La visión de los actores». En este caso, se han realizado una serie de entrevistas que, al igual que en el caso de los informantes clave, se han dirigido a los propios inmigrantes que están realizando en la actualidad el trabajo de atender a alguna persona de edad avanzada en situación de dependencia o de soledad, y de igual modo se han llevado a cabo otra serie de entrevistas dirigidas a las familias (entendiendo por este concepto a la persona que contacta con algún inmigrante para la atención a algún familiar dependiente, sean los hijos, el cónyuge o cualquier otro familiar que se responsabiliza del cuidado de la persona mayor).

Del análisis de contenido de estas entrevistas, se ha procedido a establecer una serie de categorías que posibilitan el conocimiento del fenómeno desde los propios actores que configuran y posibilitan el escenario del fenómeno social «inmigrantes que atienden a mayores en situación de dependencia».

A continuación, entramos pues en el análisis de la realidad del fenómeno social objeto de nuestra investigación siguiendo el modelo descrito en esta introducción.

1. LA PERCEPCIÓN DEL FENÓMENO

1.1. ANÁLISIS DE FUENTES SECUNDARIAS

Como apuntamos en nuestra introducción, a fin de aproximarnos a la percepción del fenómeno, utilizamos dos tipos de indicadores: por un lado, un análisis de fuentes secundarias que a nuestro entender tienen una relación directa con la aparición del recurso «inmigrantes que cuidan a mayores dependientes» y por otra parte, la visión de un seleccionado grupo de informantes clave que se encuentran relacionados de forma directa con la aparición del fenómeno social objeto de estudio. Presentamos en este primer apartado, el análisis de fuentes secundarias seleccionadas y que hemos estructurado en torno a cinco tipos de indicadores.

En primer lugar, presentamos algunos datos referidos al envejecimiento de la población en la Comunidad Valenciana, y que hemos rotulado como indicadores demográficos. El segundo grupo de datos corresponde a lo que hemos denominado indicadores de salud y que recogen la situación de dependencia en mayores en nuestra comunidad. Los datos proceden de un estudio sobre demandas y necesidades de asistencia sociosanitaria en la Comunidad Valenciana (Generalitat Valenciana, 2000) y por los datos obtenidos en la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud del INE (1999) referidos al territorio de nuestra comunidad. El siguiente apartado hace referencia a una serie de indicadores económicos y sociales, referidos especialmente a la situación de los cuidadores de personas mayores en situación de dependencia. El cuarto epígrafe recoge datos sobre el proceso de inmigración en la Comunidad Valenciana, y que proceden especialmente del reciente trabajo dirigido por el profesor. A. Ariño «La inmigración en la Comunidad Valenciana», todavía pendiente de publicación. Finalmente, presentamos una serie de indicadores sobre los recursos dirigidos a la atención a los mayores dependientes, que en este momento existen en nuestra comunidad, y que proceden del Observatorio de Personas Mayores correspondientes al año 2002.

1.1.1. Indicadores demográficos

La población valenciana sigue un proceso reciente de evolución de envejecimiento muy semejante al español. Aunque la pendiente en el aumento del porcentaje de la población mayor es menos fuerte que la observada como media para España en los últimos cincuenta años. De 1950 a 1970 se observa una proporción de mayores de 65 años más elevada que la española y a partir de entonces la proporción española supera a la valenciana.

Lo más espectacular y novedoso es, como sucede en el conjunto de España, el crecimiento de la población más longeva, que en el territorio valenciano llega a alcanzar proporciones superiores al 20% de la población en edad de jubilación. Pocas son las poblaciones en las que se hayan registrado tales magnitudes de población longeva. En la Comunidad Valenciana, la población de 80 años y más duplica su porcentaje respecto a la población total en tan sólo veinte años. En este envejecimiento participa el envejecimiento de la población autóctona y, como veremos a continuación, la inmigración de población jubilada del resto de la Comunidad Europea.

TABLA 1

Evolución de la población mayor de 64 años en la Comunidad Valenciana 1950-2002

Año	Población total	Población de mayores	Porcentaje 65 y más años	Porcentaje 65 y más años
	Comunidad Valenciana	Comunidad Valenciana	Comunidad Valenciana	España
1950	2.307.068	192.640	8,4	7,2
1960	2.480.879	241.442	9,7	8,2
1970	3.047.983	323.910	10,6	9,7
1981	3.645.866	408.337	11,2	11,3
1986	3.732.682	445.987	12,0	12,2
1991	3.857.234	519.658	13,5	13,7
1996	4.009.329	613.632	15,3	15,6
1998	4.023.441	638.641	15,9	16,3
1999	4.066.474	666.753	16,4	16,8
2000	4.120.729	682.837	16,6	16,9
2001	4.202.608	704.698	16,8	17,1
2002	4.326.708	720.239	16,7	17,1

Fuente: *Elaboración propia a partir de censos de población.*

TABLA 2

Personas mayores de 80 años en la Comunidad Valenciana, 1981-2002

	80 años y más	Porcentaje sobre total población	Porcentaje sobre 65 años
1981	68.373	1,87	16,74
1986	84.745	2,27	19,00
1991	103.329	2,67	19,88
1998	133.995	3,33	21,00
1999	140.106	3,45	21,01
2000	145.106	3,52	21,25
2001	154.228	3,67	21,89
2002	160.027	3,79	22,22

Fuente: *Elaboración propia a partir de los censos y padrones. IVE, INE.*

Por cuanto se refiere a la estructura de edad de los mayores en el territorio de la Comunidad Valenciana debemos señalar que la población valenciana más envejecida es la que reside en la provincia de Castellón, donde la proporción de 65 años y más alcanza casi el 20%, y la de población longeva (80 años y más) supera el 5%. Alicante registra una población de mayores de 65 años muy cercana a la que registra la provincia de Valencia, con más del 16%. Las proporciones de mujeres mayores y longevas es mucho mayor que la de los hombres: las diferencias entre género alcanzan casi los dos puntos porcentuales.

TABLA 3

Estructura de la población mayor en las provincias valencianas

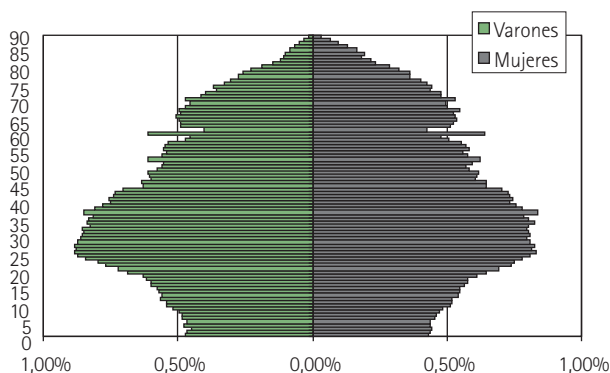
	Pobl. 65 y más	Porcentaje 65 y más	Población de 80 y más	Porcentaje 80 y más	Porcentaje pobl. 80 sobre pobl. de 65 y más
Ambos sexos					
Alicante	259.508	16,66%	54.801	3,52%	21,12%
Castellón de la Plana	88.212	17,60%	21.308	4,25%	24,16%
Valencia	372.519	16,43%	83.918	3,70%	22,53%
Varones					
Alicante	114.996	14,88%	20.090	2,60%	17,47%
Castellón de la Plana	38.490	15,37%	7.738	3,09%	20,10%
Valencia	155.098	13,93%	27.768	2,49%	17,90%
Mujeres					
Alicante	144.511	18,40%	34.711	4,42%	24,02%
Castellón de la Plana	49.722	19,82%	13.570	5,41%	27,29%
Valencia	217.418	18,84%	56.148	4,86%	25,82%

Fuente: INE. Padrón de población del 2002.

Las pirámides de edades de las poblaciones de las provincias de Alicante Castellón y Valencia nos aportan una visión de conjunto sobre estructuras de población envejecidas y sobre la historia poblacional reciente, que de hecho ha seguido una misma dinámica poblacional. La forma de árbol de castaño hace evidente la

GRÁFICO 1

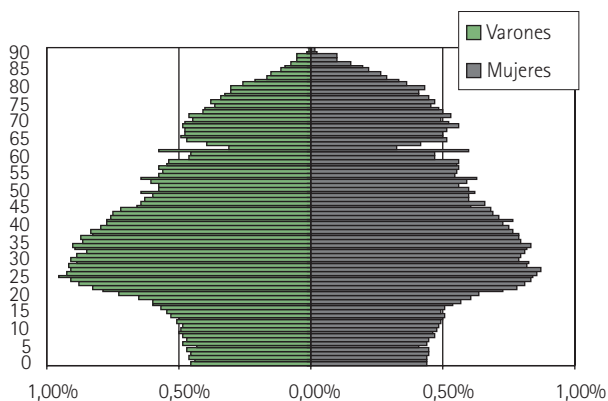
Pirámide de edad. Provincia de Alicante.
Padrón municipal a 1 de enero de 2002



Fuente: Elaboración propia. Los datos proceden del INI.

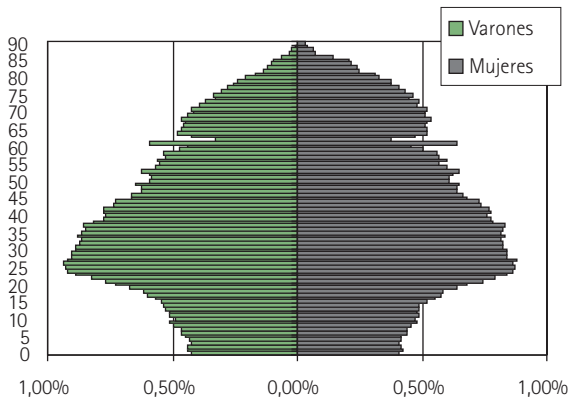
GRÁFICO 1 (continuación)

*Pirámide de edad. Provincia de Castellón
Padrón municipal a 1 de enero de 2002*



Fuente: Elaboración propia. Los datos proceden del INI.

*Pirámide de edad. Provincia de Valencia
Padrón municipal a 1 de enero de 2002*



Fuente: Elaboración propia. Los datos proceden del INI.

amplitud del declive de la natalidad que ha venido ocurriendo a lo largo de los últimos veinticinco años. Sin embargo, este declive se ve atenuado con el reciente aporte de la inmigración de jóvenes adultos de edades comprendidas entre los 20-30 años. Al observar la parte superior percibimos pocas diferencias entre las pirámides. Esto indica que la estructura de la población anciana a nivel provincial no presenta heterogeneidades relevantes. Si bien, una observación pormenorizada deja entrever el mayor peso de las personas mayores en la provincia de Alicante cuando se la compara con las otras dos provincias valencianas, así como el mayor peso relativo de personas mayores en Castellón respecto de Valencia.

1.1.2. Indicadores de salud. La dependencia en personas mayores

Como es de esperar, los mayores expresan una autovaloración de la salud que empeora con la edad. En la Comunidad Valenciana, tanto los hombres mayores como las mujeres perciben que su salud empeora. Este patrón de percepción de salud se repite en las tres provincias, aunque es en la provincia de Castellón donde las mujeres más longevas expresan más rotundamente que sufren de falta de salud, tal como podemos observar con las medias de los cinco valores, entre muy bueno y muy malo, codificados en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud.

TABLA 4

*Autoevaluación¹ del estado de salud entre los mayores en la Comunidad Valenciana.
Media y desviación típica por edad y sexo*

Comunidad Valenciana					
	Varones		Mujeres		
	Media	Desv. tip.	Media	Desv. tip.	
65 a 74 años	2,50	0,7561	2,71	0,8480	
75 a 84 años	2,65	0,8520	2,82	0,8362	
85 y más años	3,01	0,9869	2,98	1,0467	
Provincia de Alicante					
	Varones		Mujeres		
	Media	Desv. tip.	Media	Desv. tip.	
65 a 74 años	2,45	0,6921	2,69	0,8144	
75 a 84 años	2,58	0,7257	2,64	0,8077	
85 y más años	3,09	0,9179	2,93	0,8706	
Provincia de Castellón					
	Varones		Mujeres		
	Media	Desv. tip.	Media	Desv. tip.	
65 a 74 años	2,61	0,7576	2,78	0,8454	
75 a 84 años	2,71	0,8565	2,91	0,9887	
85 y más años	2,83	1,3065	3,33	0,6497	
Provincia de Valencia					
	Varones		Mujeres		
	Media	Desv. tip.	Media	Desv. tip.	
65 a 74 años	2,49	0,7889	2,70	0,8675	
75 a 84 años	2,68	0,9249	2,90	0,7714	
85 y más años	3,04	0,8852	2,89	1,1876	

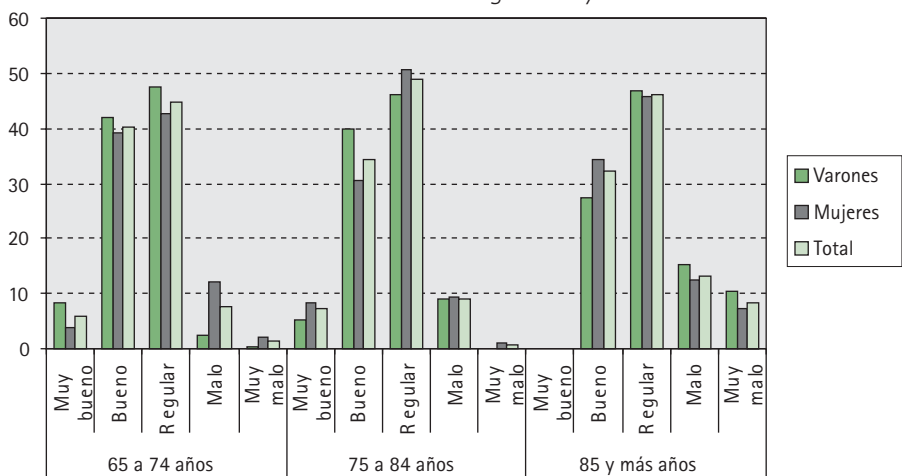
¹ La codificación de los estados de salud es: 1 Muy bueno, 2 Bueno, 3 Regular, 4 Malo, 5 Muy malo.

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. INE, 2000. Elaboración propia.

La información que nos aportan los histogramas que representan la autovaloración del estado de salud en las tres provincias ilustra las mismas diferencias entre sexos y la peor salud que tienen las personas más longevas. También se observan diferencias de percepción de salud sustanciales entre Castellón y las otras dos provincias valencianas. En el sentido expresado anteriormente. Las diferencias de percepción de salud entre hombres y mujeres son menores en el grupo de edades comprendidos entre los 65-74 años. A edades más longevas estas diferencias aumentan, aunque en Alicante son poco importantes, mientras que en Castellón son la expresión rotunda de la peor salud que perciben las mujeres con respecto a los hombres.

GRÁFICO 2

Autovaloración del estado de salud de la gente mayor en Alicante



Autovaloración del estado de salud de la gente mayor en Castellón

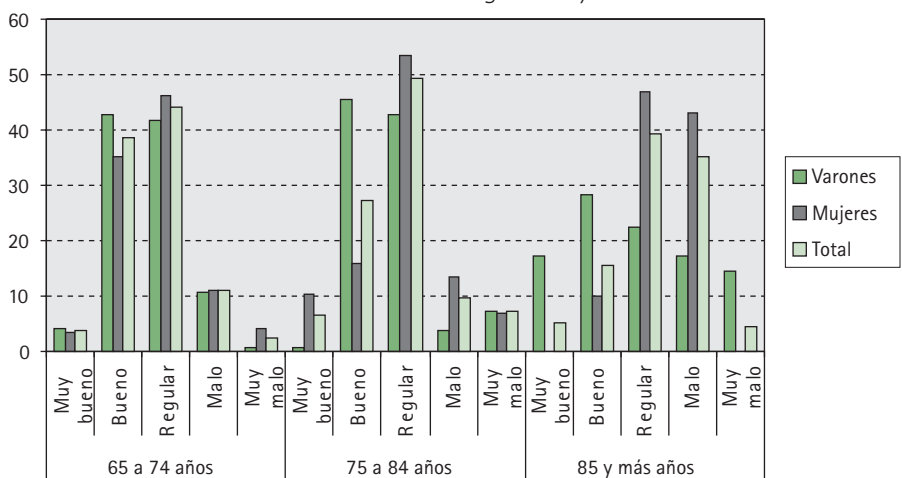
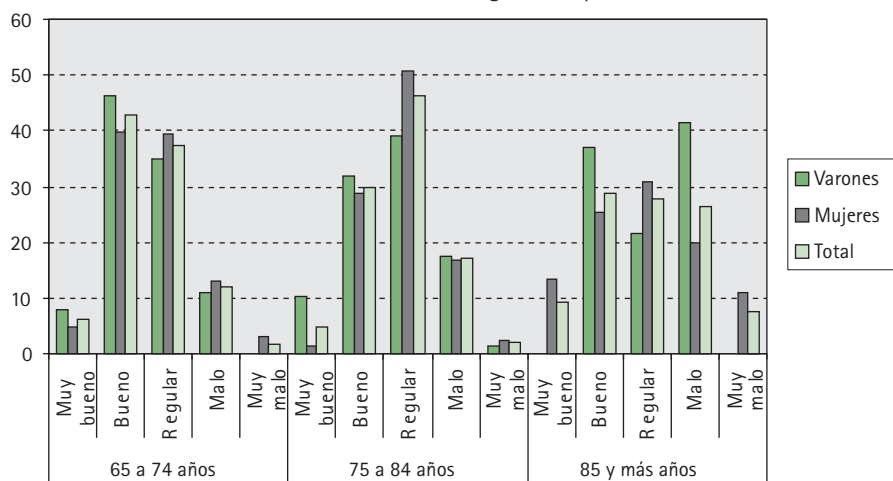


GRAFICO 2 (continuación)

Autovaloración del estado de salud de la gente mayor en Valencia



Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. INE, 2000. Elaboración propia.

En el territorio valenciano, el número de personas mayores que sufren algún tipo de discapacidad asciende a 228.313. Al igual que hemos observado para el caso español, la prevalencia de discapacidad es mayor entre las mujeres. En relación a la población total, la discapacidad alcanza su mayor proporción en las mujeres de 75 a 85 años, representando un 3% de las mujeres. Entre la gente mayor la discapacidad

TABLA 5

Peso relativo de las personas mayores con discapacidad en las provincias valencianas

Grupos de edad	Provincia de Alicante			Provincia de Castellón		Provincia de Valencia			Total
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	
Personas mayores con alguna discapacidad									
65 a 74 años	12.973	19.082	32.055	10.121	19.675	29.793	12.540	18.983	31.523
75 a 84 años	10.132	20.535	30.667	9.081	17.257	26.338	14.534	28.467	43.001
85 y más años	1.311	8.650	9.961	1.918	6.692	8.610	4.263	12.101	16.364
Porcentaje de personas discapacitadas sobre la población total									
65 a 74 años	1,94	2,76	2,36	2,73	5,08	3,93	1,20	1,74	1,48
75 a 84 años	1,52	2,97	2,26	2,45	4,46	3,47	1,39	2,61	2,02
85 y más años	0,20	1,25	0,73	0,52	1,73	1,14	0,41	1,11	0,77
Porcentaje de personas discapacitadas en cada grupo de edad									
65 a 74 años	23,33	28,49	26,15	31,33	50,38	41,75	13,93	17,16	15,71
75 a 84 años	35,15	50,13	43,95	58,72	70,56	65,97	34,79	43,55	40,13
85 y más años	35,83	87,87	73,77	64,04	97,79	87,52	44,24	55,15	51,82

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. INE, 2000.

TABLA 6

Peso relativo de las personas mayores con discapacidad en la Comunidad Valenciana

	Varones	Mujeres	Total
Personas mayores con alguna discapacidad			
65 a 74 años	35.633	57.737	93.370
75 a 84 años	33.747	66.260	100.007
85 y más años	7.492	27.444	34.936
Total mayores con disc.	76.872	151.441	228.313
Porcentaje de personas discapacitadas sobre la población total			
65 a 74 años	1,71	2,66	2,20
75 a 84 años	1,62	3,05	2,35
85 y más años	0,36	1,26	0,82
Porcentaje de personas discapacitadas en cada grupo de edad			
65 a 74 años	20,02	26,65	23,66
75 a 84 años	39,21	50,66	46,12
85 y más años	46,00	71,04	63,61
Porcentaje mayores con discapacidad	27,42	39,23	34,26

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. INE, 2000.

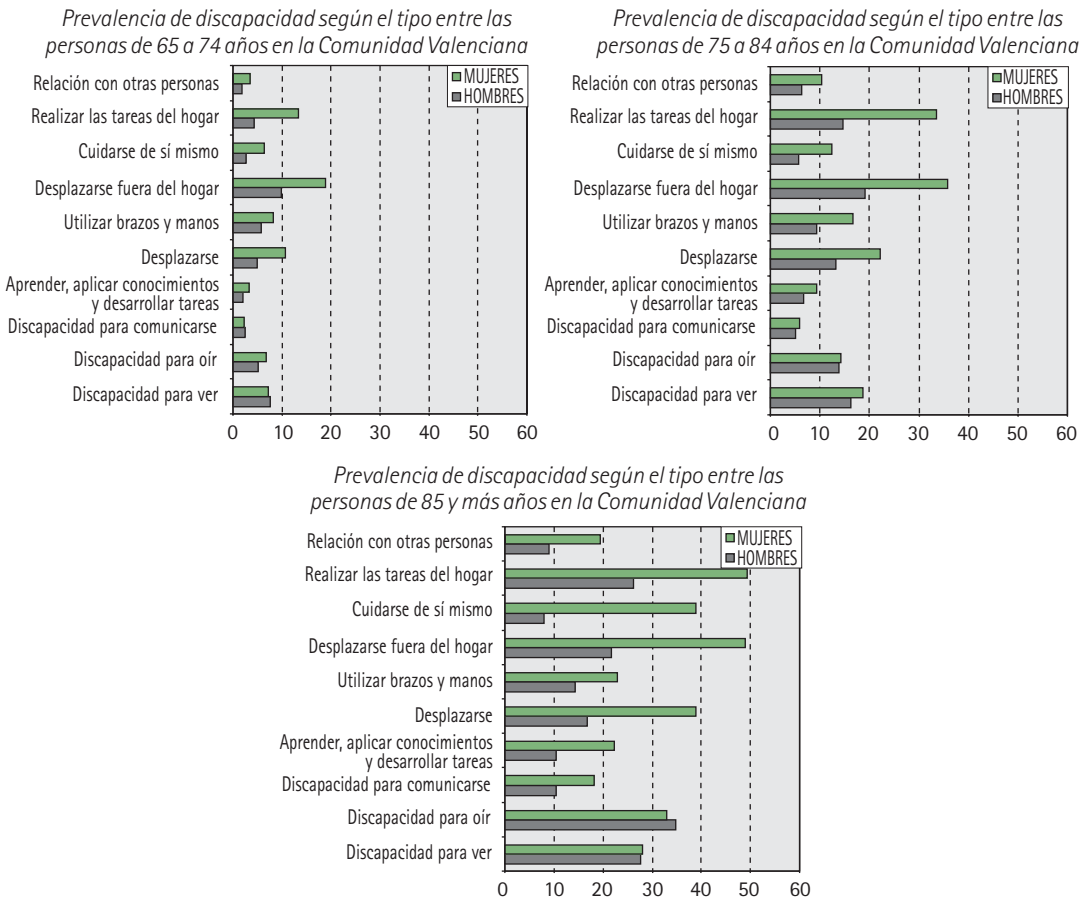
aumenta considerablemente desde el 65 aniversario hasta el 75 aniversario y, así, sucesivamente. Sin diferenciar entre hombres y mujeres el aumento que se produce al cumplir edades longevas suma 20 puntos porcentuales. Sin embargo, el panorama de la discapacidad entre la gente mayor es mucho peor entre las mujeres que entre los hombres, no sólo por las prevalencias a cada grupo de edad, sino también en lo que concierne el aumento de la discapacidad. El aumento de la discapacidad desde el 75 aniversario y las edades más longevas es mucho menos pronunciado entre los hombres que entre las mujeres.

Contrariamente a lo que podría esperarse, la discapacidad presenta magnitudes muy diferentes entre las tres provincias valencianas. La menor prevalencia de discapacidad la encontramos en la provincia de Valencia en la que no llega a alcanzar el 50% en los hombres más longevos y lo sobrepasa de poco en las mujeres de la misma edad. En Alicante, lo más significativo de la discapacidad es la enorme diferencia entre sexos que se registra a las edades más longevas. Finalmente, en Castellón, lo más sorprendente es la enorme importancia de la prevalencia de la discapacidad, que alcanza el 50% en las mujeres de 65 a 74 años de edad y casi el 98 % entre las mujeres de más de 84 años.

Las prevalencias de las diez discapacidades que recoge la encuesta son más importantes entre las mujeres que entre los hombres. Salvo los problemas de oído y vista, las diferencias entre sexos son sustanciales. A medida que cumplen años, nuestros mayores encuentran más dificultades para el desarrollo normal de la vida cotidiana y las discapacidades se hacen más frecuentes. La movilidad, la realización de las tareas del hogar y el desplazamiento fuera del mismo, se hacen mucho más dificultosas y perjudican más frecuentemente a las mujeres que a los hombres.

Presentamos a continuación, una aproximación al número de personas mayores de 65 años que en el territorio de la Comunidad Valenciana padecen algún tipo de discapacidad, especificando el tipo de discapacidad.

GRÁFICO 3



Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. INE, 2000. Elaboración propia.

TABLA 7

Distribución de las personas dependientes mayores de 65 años de la Comunidad Valenciana en función del tipo de dependencia

Tipo de dependencia	Personas dependientes mayores de 65 años (*)
Cuidar de sí mismo	54.915
Realizar las tareas del hogar	97.241
Desplazarse	78.826
Desplazarse fuera del hogar	126.944

* Una misma persona puede estar en más de una categoría.

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (INE, 2000).

Como podemos observar, y especialmente por cuanto supone la atención continuada al mayor en situación de discapacidad, en nuestra comunidad existiría en este momento una cifra en torno a los 55.000 mayores que necesitarían necesariamente del concurso continuado de otra persona, puesto que esencialmente son «incapaces de cuidar de sí mismos», mientras que otros 97.000 necesitarían ayuda para al menos realizar las tareas de la casa y, finalmente, otros 200.000 aproximadamente necesitarían ayuda para desplazarse dentro o fuera del propio hogar.

Por cuanto se refiere de forma más directa al tipo de discapacidad que presenta la población mayor de 65 años de la Comunidad Valenciana, en la tabla que sigue a continuación observamos que una cifra en torno a las 80.000 personas se encontrarían padeciendo una discapacidad severa o moderada para hacer frente a las actividades de la vida diaria.

TABLA 8

Personas mayores de 65 años con discapacidad que necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria

Tipo de discapacidad para las AVD	Personas mayores de 65 años discapacitadas (*)
Discapacidad moderada	35.644
Discapacidad severa	46.056
TOTAL	81.700

** Una misma persona puede estar en más de una categoría.*

Fuente: Encuesta sobre discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (INE, 2000).

Como se ha venido apuntando en algunas ocasiones (Abellán, 2002; Casado y López, 2001), la problemática social de la discapacidad en personas mayores no va a depender única y exclusivamente del proceso de envejecimiento demográfico de la sociedad, sino de otros elementos tales como el grado de preocupación de los mayores ante el futuro de su estado de salud, e igualmente de la disponibilidad económica de los mismos.

En ese sentido, y a fin de conocer el nivel de estudios que poseen las personas afectadas por algún tipo de dependencia, presentamos a continuación la situación de esta variable respecto al tipo de necesidades que presentan para hacer frente a las actividades de la vida diaria.

Como podemos observar, efectivamente un mayor nivel de estudios se corresponde con una menor situación de dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD). Aunque los datos presentados en la tabla anterior corresponden a la Encuesta de Salud del año 1997, podemos observar que en la franja de personas mayores que o bien no poseen estudios o tan sólo tienen estudios primarios, se concentra prácticamente más del 80% de la población que presenta alguna situación de dependencia para llevar a cabo las AVD, tanto en la situación de autocuidados como en la posibilidad de realizar las labores domésticas o la posibilidad de moverse sin ayuda de nadie o de igual manera administrar su propio dinero.

De igual modo, y tal y como se observa en la tabla que sigue a continuación, un menor nivel de ingresos económicos, se corresponde con un mayor grado de dependencia para llevar a cabo las AVD. Esta circunstancia se observa especialmente hasta la frecuencia de ingresos que corresponde por debajo de 900 euros. A partir de esta frecuencia de ingresos, las posibilidades de dependencia se minimizan de forma sorprendente.

TABLA 9

Nivel de estudios de las personas mayores de 65 años con alguna dependencia para las AVD (necesitan ayuda o no pueden realizarlas). Datos expresados en porcentajes

AVD	Nivel de estudios						
	Sin estudios	Primaria	Secundar.	F.P.	Medios Universit.	Superior	Otros no reglados
Autocuidados							
Comer (cortar la comida e introducirla en la boca)	56,5	22,2	7,1	7,2	7,0	0,0	0,0
Ducharse y bañarse	54,9	34,8	5,7	3,4	1,1	0,0	0,0
Vestirse y desnudarse	62,2	16,9	14,0	6,9	0,0	0,0	0,0
Labores domésticas							
Comprar comida o ropa	50,6	37,2	5,6	1,1	4,5	1,1	0,0
Limpiar la casa	48,2	36,5	8,0	2,2	2,9	0,7	1,4
Movilidad							
Levantarse de la cama y acostarse	61,2	28,6	6,8	3,4	0,0	0,0	0,0
Administrar su propio dinero	52,7	33,6	6,8	4,2	1,4	1,4	0,0

Fuente: Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana (2000). Datos extraídos a partir de la Encuesta Nacional de Salud (1997).

TABLA 10

Nivel de ingresos de las personas mayores de 65 años con alguna dependencia para las AVD (necesitan ayuda o no pueden realizarlas). Datos expresados en porcentajes

AVD	Nivel de ingresos (en euros)					
	Menos de 360,61	De 360,62 a 600.	De 600,01 a 901,51	De 901,52 a 1.200	De 1.200,01 a 1.803,02	Más de 1.803,0
Autocuidados						
Comer (cortar la comida e introducirla en la boca)	16,5	57,9	16,9	8,6	0,0	0,0
Ducharse y bañarse	36,9	36,9	19,9	3,7	2,5	0,0
Vestirse y desnudarse	17,4	47,0	28,5	3,6	3,6	0,0
Labores domésticas						
Comprar comida o ropa	33,7	38,3	21,9	6,1	0,0	0,0
Limpiar la casa	27,9	41,5	23,3	5,7	1,6	0,0
Movilidad						
Levantarse de la cama y acostarse	28,8	46,4	17,6	7,1	0,0	0,0
Administrar su propio dinero	29,5	40,8	20,8	8,9	0,0	0,0

Fuente: Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana (2000). Datos extraídos a partir de la Encuesta Nacional de Salud (1997).

Presentamos a continuación una aproximación al número de personas mayores de 65 años con algún grado de dependencia para llevar a cabo las AVD en nuestra comunidad autónoma, en función de la edad de los mismos.

Como observamos en la tabla que sigue a continuación, al menos, 140.000 personas mayores de 65 años, necesitan de la ayuda o el concurso de otra persona para hacer frente a una o dos funciones (aseo personal, alimentación, deambulación, control de esfínteres, etc.) en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria. Como vemos, según aumenta la edad de las personas mayores, se incrementa de igual modo el proceso de dependencia, en concreto a partir de los 80 años.

TABLA 11

Personas mayores de 65 años con alguna dependencia funcional para AVD en la Comunidad Valenciana. Año 2000

GRUPO DE EDAD	Población dependiente (Índice de Katz)	
	En una función	En al menos dos funciones
65-69 años	14.899	7.152
70-74 años	13.423	10.421
75-79 años	16.825	16.549
80-84 años	10.816	17.113
85 y más años	8.454	25.363
TOTAL	64.417	76.598

Fuente: Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana (2000). Datos obtenidos a partir de los datos de la Red Centinela de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

En la tabla que sigue a continuación se analiza de forma más detallada este incremento que mencionábamos más arriba y que, en este caso, se estudia en tan sólo dos cohortes de edad. De esta forma, podemos observar, de igual modo, el enorme incremento de personas que no pueden realizar determinadas actividades a lo largo del día, especialmente en la cohorte de 75 años y más, respecto a la de 65 a 74 años.

De cualquier modo, el análisis detallado del número de personas de más de 65 años que necesitan de algún tipo de ayuda, sea ésta de tipo parcial o de manera total, para hacer frente a sus actividades de la vida diaria, nos pone en alerta ante la necesaria aparición de recursos que posibiliten este tipo de ayuda.

TABLA 12

*Personas mayores de 65 años con alguna dependencia para AVD
en la Comunidad Valenciana. Año 2000*

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	65-74 años		75 y más años		Total mayores 65	
	Con ayuda	No puede	Con ayuda	No puede	Con ayuda	No puede
Autocuidado						
Tomar medicinas (cantidad y momento)	8.631	375	21.089	5.752	29.720	6.127
Comer (cortar la comida e introducirla en la boca)	2.252	0	3.560	4.108	5.812	4.108
Vestirse y desnudarse y elegir la ropa	4.128	0	12.599	2.739	16.727	2.739
Peinarse (mujer), afeitarse (varón)	3.378	0	9.860	2.739	13.237	2.739
Cortarse las uñas de los pies	24.768	28.896	35.531	43.548	60.099	72.444
Lavarse la cara y cuerpo de la cintura para arriba	3.378	375	10.681	4.108	14.059	4.484
Ducharse y bañarse	13.510	2.627	34.509	7.121	48.019	9.748
Quedarse solo durante toda una noche	6.380	6.004	15.611	16.159	21.991	22.164
Labores domésticas						
Utilizar el teléfono (buscar número y marcar)	2.252	3.753	16.981	14.242	19.232	17.995
Comprar comida o ropa	11.258	3.753	29.579	16.159	40.838	19.912
Preparar su propio desayuno	4.128	1.126	12.051	8.490	16.179	9.616
Preparar su propia comida	6.004	1.126	16.981	11.229	22.985	12.355
Cortar una rebanada de pan	1.501	375	7.669	4.108	9.170	4.484
Fregar los platos	4.879	2.627	10.681	9.860	15.560	12.487
Hacer la cama	11.634	3.753	18.898	12.599	30.532	16.351
Cambiar las sábanas de la cama	12.384	4.879	22.458	113.420	34.843	18.299
Lavar ropa ligera a mano	9.007	10.133	18.350	26.841	27.357	36.973
Lavar ropa a máquina	7.130	6.004	16.981	25.471	24.111	31.476
Limpiar la casa o el piso (fregar el suelo, barrer)	18.764	11.258	34.783	26.841	53.547	38.099
Limpiar una mancha del suelo	13.510	12.384	25.471	29.032	38.981	41.416
Coser un botón	7.130	12.759	19.172	28.210	26.302	40.970
Movilidad						
Coger el autobús, metro, taxi, etc.	20.265	3.753	47.930	20.541	68.195	24.294
Administrar su propio dinero	10.883	1.126	26.019	10.681	36.902	11.807
Andar (con o sin bastón)	4.879	0	14.790	3.560	19.668	3.560
Levantarse de la cama y acostarse	6.004	1.501	9.312	2.739	15.317	4.240
Subir diez escalones	21.016	2.627	30.949	12.051	51.965	14.678
Andar durante una hora seguida	25.144	31.523	35.331	49.299	60.475	80.823

Fuente: Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana (2000). Datos extraídos a partir de la Encuesta Nacional de Salud (1997) y las proyecciones de población del INE para la Comunidad Valenciana en el año 2000.

1.1.3. Indicadores económicos y sociales

En este apartado, y por cuanto se refiere al objeto principal de nuestra investigación, analizamos especialmente, las características principales del cuidador que en este momento presta su ayuda de tipo informal a la persona mayor de 65 años en situación de dependencia, y que solicita el apoyo de recursos, para hacer frente a las situaciones de cuidado de la persona mayor. Analizamos en primer lugar, la fuente de provisión de cuidados a las personas dependientes mayores de 65 años en nuestra comunidad.

TABLA 13

Relación del cuidador con la persona mayor de 65 años

Tipo de relación	Porcentaje
Hija/o	48,3
Cónyuge	24,9
Otros familiares	10,2
Asistente retribuido	7,3
Hermana/o	4,7
Servicios sociales	1,8
Vecinos o amigos	1,6
Otros	1,0
Total	100,0

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana (2000).

Como se observa, la provisión de cuidados a los mayores dependientes se lleva a cabo especialmente a través de la familia, en un porcentaje superior al 83% de los casos. Dicho de otro modo, la responsabilidad de cuidado y las implicaciones que esta actividad llevan consigo recaen directamente sobre la familia.

Comienza, pues, a no resultar nada extraño, en nuestra comunidad autónoma, que un ya significativo 7,3% de las personas mayores dependientes cuenten con el concurso de un asistente retribuido para que les preste una ayuda suficiente para hacer frente a sus actividades de la vida diaria.

En otro orden de análisis, comentar tan sólo que los servicios sociales en nuestra comunidad prestan una ayuda que a nuestro entender resulta meramente simbólica. Tan sólo el 1,8% de las personas que necesitan ayuda recibe ésta de los servicios sociales de su localidad.

Por otra parte, y tal como se observa en la siguiente tabla, un 48% de las personas que tienen a su cargo la responsabilidad de cuidados de personas mayores dependientes, tienen entre 41 y 60 años, y lo que resulta todavía más significativo, un 39% de estos cuidadores tienen más de 60 años. Esta circunstancia, está propiciando que en muchas ocasiones, el cuidador necesite, a su vez, algún tipo de cuidados.

Estos factores conducen a que, ante la falta de recursos ofertados por los servicios sociales, y ante la edad de los cuidadores, muchas familias estén recurriendo al concurso de una persona ajena al ámbito

familiar para ayudar en las tareas de atención que requiere la persona mayor dependiente, bien sea en una ayuda por horas o bien en una situación intensa de cuidados las veinticuatro horas del día.

TABLA 14

Grupo de edad del cuidador principal de la persona mayor de 65 años dependiente

Edad	Porcentaje
Entre 20 y 40 años	13
Entre 41 y 60 años	48
61 o más años	39

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana (2000).

TABLA 15

Nivel de formación del cuidador principal de mayores dependientes

Tipo de estudios	Porcentaje
Estudios superiores	1,8
Estudios medios	10,9
Estudios primarios	57,3
Sin estudios	22,7
Analfabetos	6,4
No clasificables	0,9
Total	100,0

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana (1999).

Siguiendo con las características del perfil del cuidador, nos encontramos con que, como se observa en la tabla anterior, el 80% de los cuidadores no poseen ningún tipo de estudios o tan sólo cursaron estudios primarios. Todo ello, sin contar, que todavía más de un 6% son analfabetos.

Como es de suponer, las circunstancias están cambiando de forma importante, y frente a este bajo nivel de estudios de los cuidadores, comienza a aparecer un tipo de cuidadores con un nivel de estudios más cualificado y que no están tan dispuestos a interrumpir su trayectoria personal de vida dedicando todo su tiempo al cuidado de un familiar dependiente.

Por cuanto se refiere al tiempo de dedicación al cuidado de la persona mayor, y como se observa en la tabla que sigue a continuación, nos encontramos con que un 23% de los cuidadores dedican prácticamente las 24 horas del día al cuidado de la persona mayor. Como sabemos por numerosos trabajos (Algado, Basterra y Garrigós, 1997; Inserso/Cis 1995 a; Inserso/ IOE 1995 b), el cuidado continuado de la persona mayor puede dar lugar a la aparición de una serie de consecuencias (físicas y psíquicas) en el cuidador, que en ocasiones requieren de una solución rápida e inmediata a través de la contratación de

alguna persona que o bien ayude al cuidador principal, o bien se haga cargo de la situación de cuidados de forma permanente, sustituyendo en este caso al hasta ahora cuidador por parte de la familia.

TABLA 16

Tiempo de atención diaria dedicado por el cuidador al mayor dependiente

Número de horas/día	Porcentaje
De 1 a 6 horas	48
De 7 a 12 horas	24
De 13 a 18 horas	4
De 19 a 24 horas	23
N.C.	1

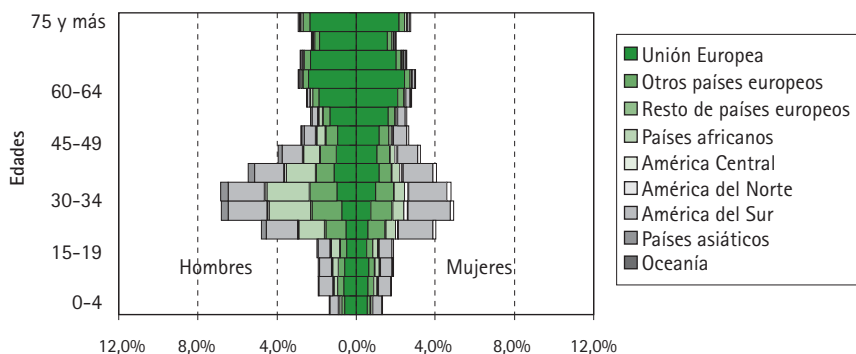
Fuente: Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana (2000).

1.1.4. La situación de la inmigración en la Comunidad Valenciana

La Comunidad Valenciana se distingue de las dos otras dos comunidades de este estudio por la morfología de los ciudadanos extranjeros que residen en su territorio. En el capítulo introductorio hacemos referencia a la importancia de la inmigración en la Comunidad Valenciana, que con un 7% de población extranjera, es la cuarta comunidad, después de Baleares, Madrid y Canarias en importancia relativa de extranjeros, mientras que, en volumen, es la tercera detrás de Madrid y Cataluña, con más de 300.000 residentes extranjeros. Nos interesa recordar aquí la importancia de la magnitud de la población inmigrante, puesto que ésta es, junto con la dualidad de ciudadanos extranjeros residentes, la característica que más incide en la singularidad inmigratoria valenciana.

GRÁFICO 4

Pirámide de edades de la población extranjera en la Comunidad Valenciana. Padrón del 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE.

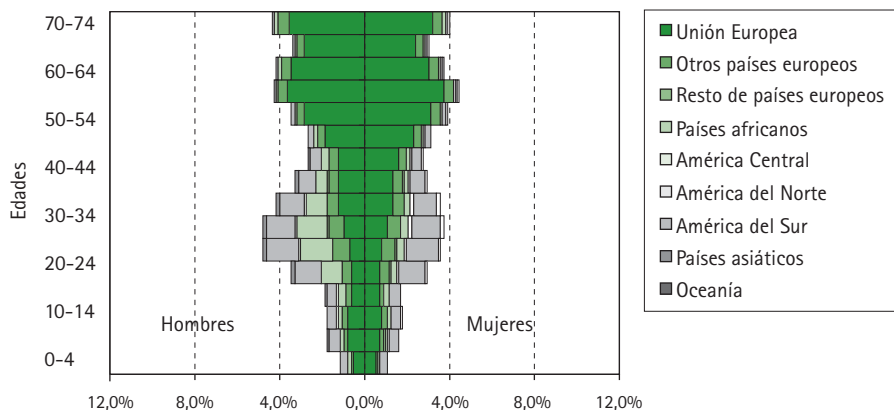
En el gráfico 4 presentamos la pirámide de edades de la población extranjera en la Comunidad Valenciana según los datos oficiales del padrón renovado a fecha de primero de enero del 2002. En él sobresalen perfectamente los rasgos morfológicos propios de la inmigración dual que caracteriza la Comunidad Valenciana. Por un lado, se observa la importancia relativa de los residentes comunitarios, mayoritariamente pensionistas. Cuyo peso contribuye sensiblemente al incremento porcentual de la tercera edad y, por otro lado, percibimos los inmigrantes económicos, hombres y mujeres de edades adultas y jóvenes, procedentes de regiones pobres, que tienen como principal objetivo la integración en el mercado laboral. En tierras valencianas, ambas inmigraciones coexisten y ambas son fuertemente importantes. La llegada de inmigrantes procedentes de la Comunidad Europea empezó a registrarse con fuerza a finales de los años setenta y ha contribuido a la transformación socioeconómica de los valencianos. Dicha inmigración no ha cesado y, en la actualidad, siguen llegando no sólo pensionistas sino también familias con niños procedentes de países de la Unión Europea, principalmente alemanes y británicos. Los inmigrantes económicos irrumpen muy recientemente (finales de los noventa) y, actualmente, llegan a equipararse e incluso a superar en importancia numérica a los residentes procedentes de la Unión Europea, tal como demuestran las áreas de los histogramas de ambas inmigraciones.

Los residentes comunitarios presentan una distribución de hombres y mujeres cuasi simétrica en prácticamente todas las edades, mientras que la presencia de hombres y mujeres entre los inmigrantes económicos es disimétrica en las edades jóvenes y adultas. La heterogeneidad es fuerte y tanto la distribución de ambas inmigraciones a lo largo del territorio, como el asentamiento de los inmigrantes por orígenes, difieren con fuerza en el territorio. Como consecuencia, la imagen de la pirámide de edades de la Comunidad Valenciana no refleja la realidad inmigratoria de las tres provincias, sino que puede que sólo sea representativa de los inmigrantes que residen en la provincia de Alicante; provincia en la que conviven dos poblaciones de extranjeros muy distintas: la inmigración económica y los residentes europeos.

El gráfico 5 representa la pirámide de edades de la población extranjera que reside en las tres provincias valencianas según el padrón del 2002. Si atendemos a la estructura por edades observamos dos modelos

GRÁFICO 5

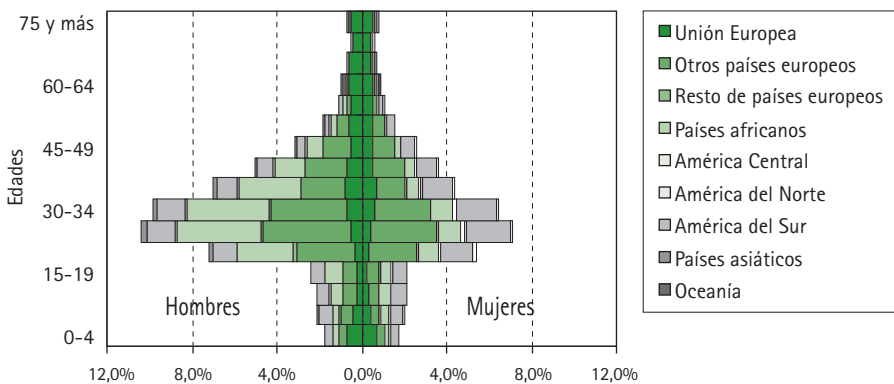
Pirámide de edades de la población extranjera en la provincia de Alicante. Padrón del 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE.

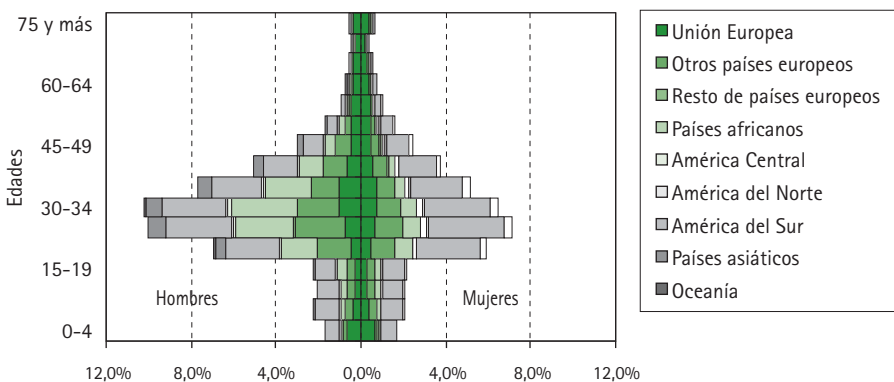
GRÁFICO 5 (continuación)

Pirámide de edades de la población extranjera en la provincia de Castellón. Padrón del 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE.

Pirámide de edades de la población extranjera en la provincia de Valencia. Padrón del 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE.

distintos de inmigración. La pirámide de edades de la población de extranjeros en la provincia de Alicante es la que mayor peso confiere en la conformación de la pirámide de la comunidad, con una estructura de edades envejecida con una concentración de población de más de 55 años.

No sólo la fuerte presencia de pensionistas de la Unión Europea, sino la silueta de la pirámide en general dista notablemente de las representaciones de las estructuras poblacionales en las provincias de Valencia y Castellón, con el área sobresaliente que conforman los histogramas en las edades jóvenes y adultas, y que, además, reflejan una población muy masculinizada.

Al examinar los orígenes de los inmigrantes por grandes regiones encontramos un modelo distinto para cada una de las provincias valencianas: en Alicante una población extranjera mayoritariamente

comunitaria, y una presencia relativamente importante de inmigrantes procedentes de América del Sur y África; en Castellón un peso mayoritario de los extranjeros provenientes de países del este de Europa, seguidos por los inmigrantes procedentes de África y América del Sur; finalmente en Valencia, son los inmigrantes sudamericanos los más presentes, seguidos de los africanos y de los que proceden del este de Europa.

1.1.5. Los recursos para la atención a personas mayores dependientes

Una probable escasez de recursos dirigidos a la atención a las personas mayores dependientes, podría justificar de alguna manera, la aparición del fenómeno social «inmigrantes que cuidan a mayores». Recogemos en este apartado, las últimas cifras que conocemos sobre el número de plazas existentes en diferentes recursos de atención a mayores dependientes, y que proceden del propio Gobierno autónomo valenciano. Hay que tener en cuenta la escasez de datos en este sector, por lo que no resulta extraño que en una reciente publicación editada por la propia Generalitat Valenciana (2000) se especifique: «El estudio realizado ha puesto de manifiesto las carencias de información y las dificultades encontradas para la recopilación y homologación de resultados, evidenciando la necesidad prioritaria de mejorar los registros existentes y de establecer sistemas de información propios que sean de utilidad en el ámbito socio-sanitario para las futuras investigaciones» (p. 96). Los datos que aportamos a continuación corresponden a enero de 2002.

TABLA 17
Servicio público de ayuda a domicilio

Población > 65 años	704.698
Número de usuarios	12.683
Usuarios/Población > 65 años	1,80 %
Usuarios > 80 años	10.986
Coste/hora del servicio (2001)	9,02 €
Porcentaje copago	57,16 %

Fuente: Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO (2002).

Un recurso, que por excelencia debe constituir la piedra angular en la atención a las personas mayores dependientes que posibilite la estancia en el propio domicilio de los mismos, se encuentra escasamente desarrollado en el territorio de la Comunidad Valenciana. Es más —en ausencia de errores importantes—, las cifras del año 2001 (ver Informe 2002 de Imserso) señalaban un índice de cobertura de 2,16 en cuanto se refería a la población atendida de 65 años y más, que en ese momento era de 666.753 habitantes, y en donde recibían atención un total de 14.430 ciudadanos y ciudadanas, mientras que, como se observa en las cifras correspondientes al año 2002, el número de usuarios ha descendido a 12.683 y por tanto el índice de cobertura ha descendido a 1,80.

Dicho de otro modo, mientras que en el conjunto del país el índice de cobertura de este recurso dirigido a la población mayor de 65 años, se ha elevado hasta el 2,80, en nuestra comunidad autónoma ha descendido en cambio en 0,36. Desde este incierto panorama, no resulta por tanto extraño que las propias familias que tienen a su cargo el cuidado de alguna persona mayor dependiente intenten resolver de forma directa y sin ayudas de la administración esta situación, a través de la búsqueda de un nuevo recurso como el de la «contratación» de alguna ciudadana inmigrante que se haga cargo de los cuidados de la persona mayor.

Otro de los recursos de proximidad, que posibilitan la estancia de la persona mayor dependiente en su propio domicilio es el Servicio de Teleasistencia. Como se observa en la tabla que sigue a continuación, un total de 11.986 ciudadanos mayores de 65 años se ven beneficiados por este tipo de recurso en nuestra comunidad autónoma.

TABLA 18
Servicio público de Teleasistencia

Población > 65 años	704.698
Número de usuarios	11.986
Usuarios/Población > 65 años	1,70 %
Coste/anual/usuario	295,44 €

Fuente: Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO (2002).

El índice de cobertura de este recurso en nuestra comunidad era en enero de 2001, un 1,70. Si comparamos esta cifra con la del año anterior (Imsero, Informe 2002) observamos que en el año anterior, este índice de cobertura era de 1,99. Es decir, en vez de incrementarse la implantación del recurso, y al igual que sucede con el de Ayuda a Domicilio, el mismo decrece de igual manera.

Por cuanto se refiere a la oferta de plazas de Centros de Día dirigidas a personas mayores dependientes, en el año 2001, el Observatorio de los Mayores (Imsero, 2002), contabilizaba un total de 287 plazas y un ridículo índice de cobertura del 0,04. Veamos en la tabla que sigue a continuación la oferta de este recurso en 2002.

Como podemos observar, el incremento de plazas en este tipo de recurso ha sido espectacular. Hemos pasado en un solo año de 287 plazas a 1.449 y hemos pasado de un índice de cobertura del 0,04 al 0,21. De cualquier modo, y analizando con un poco más de detenimiento la oferta de este recurso, nos encontramos con lo siguiente:

1. Aun a pesar del aparente incremento en el número de plazas ofertadas de este tipo de recurso, conviene recordar que nuestra comunidad se encuentra con un importante déficit. Basta recordar que el Plan Gerontológico de 2002 estimaba la cifra de 7.403 de plazas para hacer frente de forma adecuada a la atención a personas mayores dependientes.

TABLA 19

Centros de Día para personas dependientes

Población > 65 años	704.698
Coste anual de una plaza pública	3.327,00 €
Número total de centros (1+2)	54
Propios	20
Concertados	6
Públicos (propios + concertados) (1)	26
Privados (2)	28
Número total de plazas (3 + 4)	1.449
Propias	300
Concertadas	146
Públicas (propias + concertadas) (3)	446
Privadas (4)	1.003
Número de plazas/centro	
Públicas (propias + concertadas)	17
Privadas	36
Índice de cobertura	
Total plazas	0,21
Públicas (propias + concertadas)	0,06
Privadas	0,14

Fuente: Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO (2002).

- Como se puede observar, y aunque el índice total de cobertura es de 0,21, en realidad, el total de plazas públicas (propias + concertadas), en realidad es del 0,06, ya que lo que se han incrementado en realidad es la creación de plazas privadas, y que cuyo coste en el momento actual tiene que ser asumido totalmente por la familia.
- En realidad, en nuestra comunidad autónoma es la iniciativa privada la que está elevando la existencia de este tipo de recurso.
- Si analizamos el costo económico que tiene para una familia la utilización de este recurso en relación a las horas de atención que recibe la persona mayor (recordemos que este recurso atiende a la persona mayor durante el día, y que por la noche tiene que hacerse cargo la familia de sus cuidados) y analizamos detenidamente el costo que puede suponer contar con la ayuda continuada de un cuidador inmigrante en casa (que atiende a la persona mayor 24 horas al día), no resulta extraño que este último recurso goce de un elevado prestigio en nuestra comunidad.

Finalmente, presentamos en la tabla que sigue a continuación las cifras que recogen las plazas existentes en Centros Residenciales en nuestra comunidad. Aunque se trata de un recurso que no posibilita la estancia de la persona mayor en su domicilio, en ocasiones es necesario prestar determinados cuidados médicos a la persona mayor que no pueden prestarse en el propio domicilio y resulta necesaria su institucionalización.

El tradicional déficit del número de plazas de este tipo de recurso en nuestra comunidad se iba paliando de forma progresiva hasta el año 2001. De forma inexplicable, el número total de plazas residenciales se ha estancado y mientras que en el año 2001 existían un total de 14.297 plazas (Imsero, Informe 2002), en enero de 2002, y como se observa en la tabla que sigue a continuación, existían 12.975 plazas de este tipo de recurso.

TABLA 20
Centros Residenciales

Población > 65 años	704.698
Coste y financiación	
Coste anual de una plaza pública	8.582,40 €
Coste anual de una plaza pública para dependiente	12.092,30 €
Coste anual de una plaza pública psicogerítrica	14.784,84 €
Número total de centros (1+2)	272
Propios	37
Concertados	164
Públicos (propios + concertados) (1)	201
Privados (2)	71
Número total de plazas (3 + 4)	12.975
Propias	3.885
Concertadas	5.205
Públicas (propias + concertadas) (3)	9.060
Privadas (4)	3.885
Número de plazas/centro	
Públicas (propias + concertadas)	45
Privadas	55
Índice de cobertura	
Total plazas	1,84
Públicas (propias + concertadas)	1,29
Privadas	0,55

Fuente: Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO (2002).

De cualquier modo, conviene también apuntar alguna reflexión dentro del análisis de la existencia de este tipo de recurso en nuestra comunidad:

1. En realidad, el índice de cobertura (número de usuarios por población mayor de 65 años) ha descendido desde el 2,14 en enero de 2001 al 1,84 en el 2002. Esta situación resulta llamativa por cuanto que en nuestra comunidad autónoma existe un plan de choque por parte del Gobierno valenciano, que pretende incrementar de forma considerable el número de plazas residenciales en los próximos años.

2. En realidad, la existencia de la oferta de plazas públicas (propias + concertadas) y que asciende a 9.060, no implica necesariamente su gratuidad. En un elevado porcentaje de casos, existe una situación de copago por parte del usuario, ya que las residencias mantienen una situación de concierto con el Gobierno autónomo a través de lo que se denomina el «bono residencia», en donde los centros reciben una cantidad por parte de la Generalitat Valenciana y otra cantidad por parte del usuario que utiliza este recurso.
3. En realidad, no se trata pues de que el Gobierno autónomo esté llevando a cabo una red pública de residencias, sino que estimula la creación de residencias privadas a través de la posibilidad de conciertos que aseguren durante un elevado número de años el mantenimiento de un determinado número de plazas en cada centro por parte de la Administración autonómica.

1.2. LA VISIÓN DE LOS INFORMANTES CLAVE

Una vez resaltadas las características de los actores —la población mayor y la población de inmigrantes— a través de las estadísticas, se ha procedido al reconocimiento del fenómeno en el territorio. Dada la naturaleza emergente del fenómeno de las cuidadoras inmigrantes y la importancia que tiene en él lo informal, no existe fuente secundaria alguna que nos permita valorar su alcance territorial, estimar su magnitud y mucho menos conocer cómo se organiza este mercado. Por las mismas razones, desde la administración autónoma tampoco conocemos esfuerzo alguno de reconocimiento, comprensión, y valoración del fenómeno en el territorio valenciano. Consecuentemente, la primera fase de nuestro trabajo de campo ha perseguido la confección de un mapa de situación que nos aproxime al alcance y a las características que está adquiriendo el cuidado de las personas mayores dependientes por parte de inmigrantes. Nuestra observación parte de lo local preguntando a aquellas personas que puedan tener un conocimiento del fenómeno, porque entendemos que sólo desde la comprensión de lo local podemos inferir qué hay de heterogéneo y qué es lo generalizable.

Aquellos que conocen el proceso de mediación que se está produciendo entre cuidadores y cuidados son considerados informantes clave para la investigación del fenómeno. Es decir, son informantes clave aquellas personas que por el lugar que ocupan en la estructura de las relaciones sociales tienen una información relevante sobre el fenómeno, tanto si participan como si no participan como mediadores en el contacto entre inmigrantes y hogares con mayores dependientes. Puesto que en el fenómeno intervienen actores diversos, necesariamente la procedencia de nuestros informantes clave es, también, diversa. En un primer grupo situamos aquellas personas que trabajan en la administración (principalmente trabajadores sociales de los ayuntamientos), en segundo lugar encontramos las entidades que actúan como agentes de intermediación (sindicatos y asociaciones de acogida de inmigrantes laicas o religiosas), en tercer lugar se ubican las entidades que nacen de las propias redes sociales de inmigrantes (principalmente las asociaciones de inmigrantes), y finalmente las asociaciones constituidas desde las propias redes de los mayores (se trata de asociaciones de mayores discapacitados o de asociaciones de familiares).

Mediante la aplicación de un cuestionario de entrevista semidirigida se han abordado cuatro grandes ejes temáticos: 1) Se ha podido explorar el grado de conocimiento del fenómeno recurriendo a pregun-

tas como: «¿Conoce el recurso de inmigrantes que cuidan a mayores?», «¿Se está dando en su población?», «¿Cuál es su importancia entre los diferentes recursos de cuidado a mayores dependientes?». 2) Para conocer el tipo de mediación, se ha formulado la siguiente pregunta: «¿Cómo se suelen producir los contactos entre la familia o persona mayor y la persona inmigrante que ofrece sus servicios?». 3) Hemos conocido la opinión sobre las razones de la emergencia del fenómeno y el grado de formalización de dicho recurso preguntando: «¿Qué circunstancias propician la aparición de este tipo de ayuda a personas mayores por parte de inmigrantes?», «¿Cuáles son las modalidades contractuales?», y «¿Cuáles son las condiciones de este trabajo?». 4) Finalmente, hemos querido conocer la valoración que nuestros informantes hacen del servicio, preguntándoles: «¿Qué resultados ofrece este tipo de recurso en el cuidado y atención a las personas mayores?», «¿Qué valoración hace de su funcionamiento?» y «¿Qué futuro le ve a este tipo de servicio?».

Importa resaltar aquí que los servicios sociales municipales nos han proporcionado unos aspectos específicos de la territorialización del fenómeno. Además de las inquietudes anteriores nos hemos interesado por cuatro grandes ejes temáticos. En primer lugar, se preguntó por los recursos formales disponibles (número de unidades de teleasistencia, número de servicios de asistencia a domicilio, número de camas en residencias públicas, concertadas, o privadas). En segundo lugar, se preguntó por la evaluación que hacían de la relación necesidades/recursos. En tercer lugar, buscábamos establecer cómo se distribuyen en orden de importancia los cuatro grandes ejes del área del cuidado de los mayores dependientes: la familia, los recursos públicos formales, el mercado privado regular o el mercado privado irregular. Finalmente, y a partir de los servicios sociales, pretendimos extender nuestro conocimiento del tema tanto en el área geográfica donde se emplaza el municipio como en el tejido y estructura social del mismo. Este último punto ha sido de gran importancia para poder establecer una red diversa y compleja de los informantes clave en cada municipio. Tanto estos últimos informantes —identificados por los servicios sociales— como otros agentes que ellos nos han localizado o que nosotros hemos podido identificar a través de otras fuentes, han sido también entrevistados con el objetivo de conocer el mapa de situación del fenómeno mediante la aplicación del cuestionario de entrevista semidirigida mencionado anteriormente.

Finalmente, y superando ampliamente la muestra propuesta al inicio de la investigación, han sido 49 las personas entrevistadas en esta fase. A continuación, se presentan en las Tablas 20 y 21 las características del conjunto de los informantes clave que han respondido a nuestras preguntas.

TABLA 21

Características de los informantes clave

N.º IC	Características del entrevistado
IC-1	<p>Tamaño de la población: > 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de familiares de mayores dependientes</p> <p>Características entrevistado: 30-35 años. Diplomada en Trabajo Social. Coordinadora de la Asociación. 6 años desarrollando la actividad</p>
IC-2	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de familiares de mayores dependientes</p> <p>Características entrevistado: 23 y 32 años; trabajadores sociales; encargada de bolsa de trabajo y coordinadora. 1 año desarrollando la actividad.</p>

IC-3	<p>Tamaño de la población: > de 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de familiares de mayores dependientes</p> <p>Características entrevistado: Psicóloga y Trabajadora Social de la Asociación. 5 años desarrollando la actividad</p>
IC-4	<p>Tamaño de la población: > de 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo laico</p> <p>Características entrevistado: 40 años; trabajadora social; encargada del servicio de empleo. 6 años colaborando en la acogida (2 organizando la bolsa de trabajo).</p>
IC-5	<p>Tamaño de la población: > de 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de inmigrantes</p> <p>Características entrevistado: 50 años. Miembro perteneciente al foro de la inmigración de la C.V. Tesorera de la Asociación. 4 años desarrollando la actividad</p>
IC-6	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de inmigrantes</p> <p>Características entrevistado: 30/25/39 años; administrativa/contable/auxiliar de enfermería; presidenta y miembros fundadores de la asociación.</p>
IC-7	<p>Tamaño de la población: > 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de inmigrantes</p> <p>Características entrevistado: Presidente de la Asociación. 75 años. 4 años desarrollando la actividad</p>
IC-8	<p>Tamaño de la población: > 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo religioso</p> <p>Características entrevistado: Trabajadora Social de la Asociación</p>
IC-9	<p>Tamaño de la población: >100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo religioso</p> <p>Características entrevistado: 40 años; Psicóloga. Responsable departamento de Inmigración. 3 años desarrollando la actividad</p>
IC-10	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo religioso</p> <p>Características entrevistado: 60 años; sin formación; voluntaria. 3 años colaborando</p>
IC-11	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo religioso</p> <p>Características entrevistado: 40 años; licenciatura en derecho; asesor jurídico. 3 años</p>
IC-12	<p>Tamaño de la población: > 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo laico</p> <p>Características entrevistado: Coordinador de programas</p>
IC-13	<p>Tamaño de la población: > 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo laico</p> <p>Características entrevistado: Trabajadora Social. 35 años. Coordinadora de Programas de Acogida de inmigrantes. 5 años desarrollando la actividad</p>
IC-14	<p>Tamaño de la población: > 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo laico</p> <p>Características entrevistado: 35 años; Trabajadora Social; encargada del área laboral. 6 años desarrollando la actividad.</p>
IC-15	<p>Tamaño de la población: > 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo laico</p>

	Características entrevistado: 35 años; Trabajadora social. 3 años desarrollando la actividad.
IC-16	Tamaño de la población: 5.000 a 100.000 habit. Tipo de institución: Empresa de Servicios Gerontológicos Características entrevistado: 40 años. Gerente de la empresa
IC-17	Tamaño de la población: > 100.000 habit. Tipo de institución: Asociación de acogida de tipo religioso Características entrevistado: 32 años; Psicóloga; Coordinadora de Programas del Centro. 4 años desarrollando la actividad.
IC-18	Tamaño de la población: 5.000-100.000 Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 40 años; Psicólogo; Coordinador de programas de acción social. 10 años desarrollando la actividad.
IC-19	Tamaño de la población: 5.000-100.000 Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 40 años; trabajadora social. 13 años desarrollando la actividad
IC-20	Tamaño de la población: 5.000 a 100.000 habitantes Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: Trabajadora Social del Equipo de S.S. 6 años desarrollando la actividad.
IC-21	Tamaño de la población: > 100.000 habit. Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 45 años; Trabajador Social del equipo de S.S. 12 años desarrollando la actividad.
IC-22	Tamaño de la población: 5.000-100.000 Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 42 años; diplomatura en trabajo social. 10 años desarrollando la actividad.
IC-23	Tamaño de la población: 5.000-100.000 habit. Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 45-47 años; Diplomado en Trabajo Social. 17 años desarrollando la actividad.
IC-24	Tamaño de la población: > 100.000 habit. Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 40 años; trabajadora social; coordinadora del área. 5 años desarrollando la actividad
IC-25	Tamaño de la población: 5.000-100.000 Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: Trabajadora Social del Equipo de SS.
IC-26	Tamaño de la población: 5.000-100.000 Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: Pedagoga. Programa de atención a mayores. 2 años desarrollando la actividad
IC-27	Tamaño de la población: < 5000 habit. Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 30 años; trabajadora social. 3 años desarrollando la actividad.
IC-28	Tamaño de la población: 5.000-100.000 Tipo de institución: SS Administración local

	<p>Características entrevistado: 32 años; trabajadora social. 6 años desarrollando la actividad.</p>
IC-29	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 38 años; diplomatura en trabajo social. 2 años desarrollando la actividad.</p>
IC-30	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 43 años; trabajadora social 10 años desarrollando la actividad.</p>
IC-31	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 36 años. Diplomado en Trabajo Social. T.S. del Equipo de SS. del Ayuntamiento. 8 años realizando la actividad.</p>
IC-32	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 45 años. Diplomada en Trabajo Social y Socióloga. Coordinadora del Equipo de S.S. 14 años desarrollando la actividad.</p>
IC-33	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 37 años. Trabajadora Social. Coordinadora del Equipo de SS del Ayuntamiento. 11 años desarrollando la actividad.</p>
IC-34	<p>Tamaño de la población: 5.000 a 100.000 habit. Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 38 años; diplomatura en trabajo social 7 años desarrollando la actividad.</p>
IC-35	<p>Tamaño de la población: 5.000 a 100.000 habit. Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 36 años. Trabajadora Social del Equipo de S.S. 5 años desarrollando la actividad.</p>
IC-36	<p>Tamaño de la población: > 100.000 habit. Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: Licenciada en Pedagogía. Coordinadora de los Programas de Atención al Mayor. 10 años desarrollando la actividad.</p>
IC-37	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 habit. Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 35 años; Trabajadora Social; Coordinadora del Equipo de S.S. 7 años desarrollando la actividad.</p>
IC-38	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 habit. Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 43 años; diplomatura en trabajo social; trabajadora social. 8 años desarrollando la actividad.</p>
IC-39	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 habit. Tipo de institución: SS Administración local Características entrevistado: 36 años. Trabajadora Social Equipo S.S. 7 años desarrollando la actividad.</p>

IC-40	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: SS Administración local</p> <p>Características entrevistado: 35 años; Trabajadora Social y Socióloga. 7 años desarrollando la actividad.</p>
IC-41	<p>Tamaño de la población: > 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo laico</p> <p>Características entrevistado: 27 años; licenciatura en Pedagogía; Coordinadora de Programas. 2 años desarrollando la actividad.</p>
IC-42	<p>Tamaño de la población: > 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo laico</p> <p>Características entrevistado: 29 años. Licenciada en Psicología. Responsable de la bolsa de trabajo en la Asociación</p>
IC-43	<p>Tamaño de la población: > 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo laico</p> <p>Características entrevistado: 36 años. Diplomada en Trabajo Social. Responsable de los Programas de Acción Social. 5 años desarrollando la actividad.</p>
IC-44	<p>Tamaño de la población: > 100.000 habit.</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo laico</p> <p>Características entrevistado: 43 años; Coordinadora de Programas Sociales. 8 años desarrollando la actividad.</p>
IC-45	<p>Tamaño de la población: > 100.000</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo laico</p> <p>Características entrevistado: 32 años; Sociólogo; Coordinador de los Programas de Acogida. 3 años desarrollando la actividad</p>
IC-46	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000</p> <p>Tipo de institución: SS Administración local</p> <p>Características entrevistado: 42 años; trabajadora social. 16 años desarrollando la actividad.</p>
IC-47	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000</p> <p>Tipo de institución: SS Administración local</p> <p>Características entrevistado: 38 años; filólogo; educador social. 3 años desarrollando la actividad.</p>
IC-48	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000</p> <p>Tipo de institución: SS Administración local</p> <p>Características entrevistado: 37 años; trabajadora social. 10 años desarrollando la actividad.</p>
IC-49	<p>Tamaño de la población: 5.000-100.000</p> <p>Tipo de institución: Asociaciones de acogida de tipo laico</p> <p>Características entrevistado: 25/24 años; trabajadora social/técnico superior en integración social; Coordinadora de la entidad/responsable servicio mediación laboral (durante 1 año y medio). 3 años desarrollando la actividad.</p>

TABLA 22
Tipología de los informantes clave

1	Servicios sociales de los Ayuntamientos	26
2	Agentes de la intermediación	17
	Sindicatos	4
	Asociaciones de acogida laicas	6
	Asociaciones de acogida religiosas	5
	Empresas e instituciones de Servicio de Atención a Domicilio	2
3	Propias redes de los inmigrantes	3
4	Asociaciones de mayores o de familiares	3
	Total	49

1.2.1. La percepción del fenómeno

En la valoración de cómo los informantes clave perciben el fenómeno, nos proponemos abordar diferentes aspectos. Nos interesa, en primer lugar, conocer la opinión de nuestras fuentes en lo concerniente a la situación del recurso en la Comunidad Valenciana, y en lo concerniente a la magnitud que alcanza este recurso entre las fuentes de provisión del cuidado, así como discernir de qué manera la percepción del cuidado difiere según el tipo de entidad entrevistada. Finalmente, analizamos los perfiles mayoritarios que estas mismas entidades nos aportan sobre los actores: el mayor discapacitado y la cuidadora inmigrante.

1.2.1.1. IMPRESIÓN GENERAL SOBRE LA SITUACIÓN DEL RECURSO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

En todos los puntos geográficos sondeados a lo largo del territorio valenciano se sabe de la existencia del fenómeno, se identifican los agentes que participan en él y sus principales características, incluso se conocen sus principales modalidades y se nos da testimonio de cómo se median los contactos. Esto demuestra que, aunque se trata de un fenómeno emergente, éste ya ha adquirido dimensiones de especial relevancia en la Comunidad Valenciana. Los agentes consultados (ver tabla de los informantes clave) nos informan de la aparición reciente del fenómeno y de su rápida expansión.

Todos ellos aportan un discurso complejo sobre los factores socioeconómicos que inciden en la irrupción del inmigrante como cuidador de los mayores discapacitados. A excepción de los informantes contactados en las asociaciones de personas mayores y de sus familiares, que se demuestran buenos conocedores de las necesidades gerontológicas, la mayoría tienden a sobredimensionar los aspectos referentes a la inmigración y al ajuste de los inmigrantes como cuidadores. Sin lugar a dudas, en la Comunidad Valenciana ello constituye una prueba del mayor interés que suscita la fuerte entrada de los inmigrantes en el recurso, frente al carácter cotidiano que le acordamos a la dependencia durante la vejez. Pero también se puede interpretar como un testimonio de la urgencia con la que se hace frente a una necesidad y de las escasísimas alternativas existentes. Generalmente, no se parte de la propia identificación de las necesidades específicas de las personas mayores dependientes y de la consecuente localización de pro-

fesionales suficientemente preparados para cubrirlas, que es como interpretaríamos a priori el recurso, sino más bien de atender un acompañamiento y una atención diarios.

La tipología de los informantes clave que hemos seleccionado aporta una diversidad de ópticas bastante compleja que nace de las diferentes vivencias. Los servicios sociales basan su razonamiento en la gestión de los recursos y en las necesidades y la vulnerabilidad de los dos grupos poblacionales: los inmigrantes y los mayores. Se erigen en portavoces de los principales problemas de los inmigrantes sin permiso de trabajo y de la falta de recursos para la gente mayor discapacitada. De ahí que insistan en la necesidad de una mayor coordinación de esfuerzos. Los agentes de la intermediación, ya sean los sindicatos, las asociaciones de acogida laicas o religiosas o las empresas de Servicio de Atención a Domicilio (SAD), suelen hablarnos de los inmigrantes como si fueran los únicos sujetos del fenómeno, centrándose en las principales fuentes de privación de derechos: la política de inmigración y la regulación del sector de los servicios domésticos. Por su parte, las redes de los inmigrantes, elaboran un panorama bastante complejo como protagonistas, ofreciendo un relato íntimo de las difíciles vivencias compartidas y una visión desde fuera —muchas veces crítica— de nuestros valores familiares. Finalmente, las asociaciones de mayores o de familiares de mayores dependientes aportan un testimonio contundente sobre los desajustes que vive el sector del cuidado de los mayores y sobre la mala adaptación entre necesidades de la atención y los recursos que se ofrecen.

La larga e intensa experiencia inmigratoria de los últimos cuarenta años en el territorio valenciano no parece incidir en una menor estigmatización del actual inmigrante económico. Tanto en las zonas de más intensa inmigración, como aquellas en donde la presencia es débil y/o reciente se identifica perfectamente al inmigrante económico del resto de la población, sea ésta extranjera o no. Esto es quizás lo más particular de las características del fenómeno de la Comunidad Valenciana: su extenso, pero también desigual y complejo reparto en el territorio. Aunque el envejecimiento de la población residente en el territorio valenciano también presenta unas características particulares: al relativamente fuerte envejecimiento de la propia población autóctona, hemos de añadir el que supone la masiva llegada de pensionistas comunitarios.

1.2.1.2. LA MAGNITUD DEL RECURSO

Entre las cuatro grandes fuentes de provisión del cuidado de los mayores dependientes —familia, Estado, mercado formal y mercado irregular—, es todavía la primera institución la que en boca de los informantes de los servicios sociales aparece como principal proveedora en la Comunidad Valenciana. Es en el seno de la familia donde se organiza y decide el cuidado de las personas mayores dependientes; y las personas mayores que están siendo cuidadas por las hijas o las nueras aún son mayoría. Los informantes clave entrevistados reconocen que el cuidado por parte de inmigrantes, principalmente en la economía sumergida, se está erigiendo como la principal alternativa, como la segunda fuente proveedora. Mientras que el Estado mediante los servicios sociales de los ayuntamientos y el mercado privado quedarían en tercer lugar. Más que la centralidad del municipio en la red de núcleos de población, y más que su número de habitantes, entre los factores que explicarían una mayor o menor frecuencia de este recurso en la Comunidad Valenciana citaríamos tanto la existencia de redes de inmigrantes, como la importancia del contingente de irregulares. Por otra parte, la fuerte tradición y el gran tamaño del mercado irregular en la Comunidad Valen-

ciana junto con las crecientes dificultades que encuentran las empresas para contratar a personas sin papeles son reconocidos ampliamente como factores que explican que el servicio doméstico aparezca como el nicho donde mejor se sitúan las mujeres inmigrantes sin permiso de residencia.

Los servicios sociales asumen, no sin frustración, la imposibilidad de satisfacer las necesidades de las personas mayores dependientes debido a una incapacidad estructural y financiera. Por un lado, se ven incapaces de atender y gestionar todas las solicitudes de cuidado de mayores dependientes. Se ven sobrepasados. Por otro lado, se hacen portavoces de la insuficiencia de los recursos de los que disponen. Conscientes de ello y de la urgencia con la que han de atender la avalancha de solicitudes, recurren con más o menos éxito a mecanismos de gestión y a entidades organizativas muy diversos. Por ello no tienen ninguna dificultad en valorar, con bastante seguridad, qué supone el recurso de los inmigrantes cuidadores en el sector del servicio de atención a personas mayores dependientes. No sólo los informantes de los servicios sociales, sino en general todos los informantes clave entrevistados, intentan dar salida desde su quehacer organizacional a dos urgencias: la asistencia de los mayores, por un lado, y la llegada de inmigrantes con necesidad de trabajar, por otro. Algunos asumen la responsabilidad de ayudar a uno o ambos agentes, otros tienen las competencias administrativas y dirigen las áreas de los servicios públicos adecuadas para atenderlos. Pero, en general, reconocen dos fenómenos separados. Dos realidades que afectan a dos colectivos.

Aquí, hay una población de 8.000 habitantes, entre los cuales los inmigrantes representan el 6% del padrón. En el año 2001 habían 183 inmigrantes en la zona, sin embargo en este año 2003 hay 487. Hay trescientos inmigrantes en la zona trabajando en la economía sumergida, y casi todos están cuidando a personas mayores (IC-34).

Es desde este contexto desde donde se plantea la posibilidad de una ayuda recíproca entre ambos actores: la necesidad de uno es satisfecha por el otro. De ahí la dificultad que han mostrado muchos informantes claves a la hora de identificar la atención al mayor discapacitado por parte de inmigrantes como un servicio específico de ayuda al mayor. Es decir, la dificultad de caracterizarlo como un solo fenómeno. Por lo tanto, la manera como los informantes conjugan ambas esferas depende de la institución en la que trabajan y del compromiso que tienen con la realidad del inmigrante o con la realidad de la persona mayor discapacitada. De ella también depende el signo de la valoración que hacen sobre el recurso: es bueno porque soluciona el problema de la atención de los mayores al tiempo que soluciona el problema del trabajo y la subsistencia de los inmigrantes; pero es malo porque la calidad del servicio, nos dicen las asociaciones de familiares de personas mayores dependientes, es baja y no está necesariamente dirigida a los cuidados específicos; y también es perjudicial porque consigna al inmigrante a las catacumbas de lo laboral. En este orden de cosas, cabe preguntarnos quiénes son los mayores discapacitados que recurren a una cuidadora inmigrante. Cabe también interesarnos por quiénes son esas cuidadoras anónimas, qué tareas realizan y en qué condiciones trabajan.

1.2.1.3. EL PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS

¿Son mayoritariamente hombres o mujeres, casados, solos? Al preguntar por las características de los mayores que están siendo cuidados por inmigrantes, nuestros informadores afirman que suelen ser

mujeres en mayor proporción. Es lo que cabe esperar de la mayor esperanza de vida de las mujeres. Cuando se trata de matrimonios, lo más característico es que uno de los dos componentes del matrimonio esté en una peor situación de dependencia y se recurra a la ayuda de un tercero: la cuidadora. Esto sucede más a menudo cuando la persona dependiente es la mujer: el hombre se afana más frecuentemente en buscar el apoyo de una cuidadora. Cuando el dependiente es él, es su mujer quien lo cuida. Del hecho que la mujer es atendida con más frecuencia por un cuidador, podemos deducir la edad avanzada de los mayores dependientes que son cuidados por inmigrantes. Así se nos dice en la mayoría de poblaciones, normalmente sin especificar edades. Otro punto interesante es el tipo de convivencia. Hasta en veinticinco ocasiones han repetido los informantes clave que las personas mayores al cuidado de inmigrantes suelen ser personas solas, entre las que destacan las viudas. Las parejas de mayores en las que uno de los dos es dependiente constituyen el segundo tipo en importancia de entre los mayores cuidados por inmigrantes según el discurso de nuestros informantes.

No solamente hay personas mayores que viven solas. También hay matrimonios que solicitan este servicio. En este caso, uno de los dos precisa cuidados porque posee algún tipo de discapacidad, y el que se encuentra bien, no puede hacer frente a la situación (IC-13).

1.2.1.4. LAS RAZONES DE LA DEMANDA DE SERVICIO

Los informantes clave afirman además que los motivos por los que se demanda el cuidado son bastante variados. Las personas mayores que utilizan este recurso más frecuentemente son los que sufren enfermedades mentales degenerativas (Alzheimer y Parkinson). Es el Alzheimer, según nuestros informantes, la enfermedad que más cuidadores demanda; más que las discapacidades físicas, las discapacidades psíquicas y la dependencia en general. Dentro de los cuidados nos interesaba saber cuáles eran las atenciones a la persona mayor que los informantes identifican como más frecuentes. Las respuestas de los informantes clave giran entorno a cinco ejes principalmente: en primer lugar aparecen los acompañamientos en general, seguidos de la atención 24 horas, movilización, atención hospitalaria y limpieza. Dada la falta de formación especializada entre las cuidadoras, destacan los cuidados no especializados, como acompañamientos, ayudar a levantar y acostar y limpieza frente a los cuidados especializados como podrían ser la atención hospitalaria, la administración de medicamentos o determinados cuidados de 24 horas.

TABLA 23

Motivo por el que es atendido	
Discapacidades en general (físicas, psíquicas, dependencia, etc.)	22
Enfermedades mentales degenerativas	18
Caidas, roturas	2
Motivos no relacionados con dolencias o enfermedades (compañía, limpieza)	2
Empeoramiento de la salud	1
Diabetes	1
Total informaciones	46

Son personas que están muy enfermas, muy mayores de edad, necesitan mucha compañía. Muchas están en situación de inmovilización y necesitan el cariño de otra persona. Las familias les ven muy poco; están muy solos (IC-5).

1.2.1.5. EL NIVEL ECONÓMICO DE LAS PERSONAS MAYORES QUE RECURREN A ESTE SERVICIO

Respecto al nivel económico de los mayores o familias contratantes, las respuestas de los informantes muestran un alto grado de heterogeneidad e incluso aparecen ciertas contradicciones. Los servicios sociales de los Ayuntamientos responden con frecuencia que las familias que recurren a estos servicios son de clase media-alta (tienen bastante dinero y/o los mayores tienen buenas pensiones). En cambio, entre los que creen que las pensiones son bajas, y que los mayores no necesariamente tienen dinero priman los agentes de la intermediación. Sin duda esta contradicción deriva de las diferentes percepciones socioeconómicas de los agentes. Sin embargo, no hay contradicción aparente cuando preguntamos por la principal fuente de financiación de este cuidado: parece haber un fuerte consenso entre los informadores en el sentido de que es la familia quien se hace cargo más frecuentemente del pago de la cuidadora (bien sea pagando íntegramente o solamente una parte que se une a la pensión del mayor cuidado). De ello inferimos que si bien la familia ha delegado parte del cuidado de los mayores a los cuidadores, esta institución sigue siendo la máxima responsable y, que como tal, sigue decidiendo cómo se organiza el cuidado. En el polo opuesto, algunos informadores insisten en que la familia no se hace cargo del mayor e incluso lo ignora completamente. Las razones que se aducen son la falta de tiempo (posiblemente relacionado con la cada vez mayor incorporación de la mujer —principal cuidadora tradicionalmente— al trabajo, con una relativa importancia de las nuevas trabajadoras), la distancia geográfica entre el mayor y sus hijos y algunos casos de dejadez de la familia. Aun así, nos informan a menudo de que con toda seguridad la forma predominante de atención al mayor sigue siendo la tradicional, es decir, la familia.

TABLA 24

Discurso	N.º de respuestas
Las pensiones son muy bajas	4
No necesariamente tienen dinero	5
La familia paga una parte y la otra se saca de la pensión	1
Clase media	2
La familia se hace cargo	4
Clase media alta	5
Tienen bastante dinero	5
Tienen buenas pensiones	1
Total respuestas	27

1.2.1.6. LAS DIFICULTADES DE LA RELACIÓN

Los informantes que hemos entrevistado dan cuenta de las preferencias que las personas mayores suelen tener a la hora de elegir una cuidadora. Destaca en primer lugar el hecho de que los mayores suelen rechazar de entrada que les cuide una mujer, más cuando es inmigrante. Varios agentes de la mediación nos hablan de exigencias muy específicas de la parte contratante: «*que no sea negra*», «*que hable castellano*» o «*que no tenga cargas familiares*», son algunas de las preferencias que suelen escuchar los mediadores. En general, nos dicen los informantes, las prefieren españolas, aunque cuando se dan cuenta de que les va a salir más caro, y de que no tienen a su alcance determinados servicios (por ejemplo, los cuidados en régimen interno) acaban por aceptar lo que está más a su alcance. Existe un fuerte consenso en que un cierto tiempo, después de la contratación de la cuidadora, el mayor va perdiendo los prejuicios y llega un momento en que, como nos decía un informante «*se pasa de llamarle por la nacionalidad a llamarle por su nombre*». Es entonces cuando se produce un claro acercamiento e incluso la persona mayor y la cuidadora se dan muestras de sincero afecto. Puntualmente a pesar del transcurso del tiempo ciertas diferencias culturales siguen apareciendo como fuertes obstáculos en la relación: suele ser habitual el recurso a manifestaciones como «*no limpian como aquí*» o «*no sabe cocinar como nosotros*». Sin embargo, los informantes califican los abusos realizados por alguna de ambas partes como casos aislados: aparece una mención de robo doméstico y otra de secuestro por parte del cuidador; por la parte contratante aparecen menciones de explotación y de abusos sexuales.

1.2.1.7. PERFIL DE LAS INMIGRANTES CUIDADORAS

Entre los que cuidan al mayor dependiente la mayoría son mujeres cuidadoras. Este rasgo nos aparece constantemente sea cual sea la fuente que utilicemos: sin lugar a dudas el lugar doméstico del cuidado de los niños y de los mayores dependientes era ocupado por la mujer. Cuando ésta lo ha abandonado, el lugar no ha sido ocupado por el hombre. Así, la transferencia de la responsabilidad se produce principalmente de mujer a mujer inmigrante («*las familias entienden que las mujeres hacen de todo*»). Aun así, algún entrevistado nos indica la presencia de hombres cuidadores, generalmente cuidando hombres, aunque también hay casos de hombres que cuidan a mujeres. En adelante utilizaremos el término cuidadora en femenino por ser mayoría, aunque haga referencia a los dos géneros.

El origen de las inmigrantes

Una de las preguntas que planteábamos a los informantes era que describieran el perfil de la inmigrante cuidadora. El origen constituye una de las cuestiones más interesantes, ya que responde a la forma en que se está desarrollando la inmigración, es decir, en redes. El origen de las cuidadoras no es en absoluto representativo del origen de los inmigrantes que se establecen en el territorio y no obedece a ninguna otra lógica que la de la extensión de redes propias con el fin de ocupar nichos vacíos allá donde la demanda puede ser fuerte. De esta manera se explica, por ejemplo, que sean las rumanas en la provincia de Castellón, especialmente en Castellón ciudad, las principales cuidadoras. En el resto de las poblaciones, como se puede apreciar en el siguiente cuadro, Ecuador y Colombia son las dos nacionalidades principales de las cuidadoras en la Comunidad Valenciana, aunque algún informante se refiere también a la

reciente incorporación a esta actividad de inmigrantes procedentes de otros países del este de Europa (Bulgaria y Ucrania).

En total han sido treinta, los informantes clave que se han referido al origen de las inmigrantes que en sus poblaciones se encontraban en ese momento realizando actividades de cuidado a algún mayor dependiente.

TABLA 25

Origen de la cuidadora	Número
Ecuador	18
Rumanía	2
Otros países del este de Europa	2
Colombia	7
Latinoamérica	1
TOTAL	30

La edad de las cuidadoras

En el perfil básico de la cuidadora, la edad sobresale como un aspecto significativo, puesto que en el cuidado a mayores parece haber una preferencia por las cuidadoras no muy jóvenes. Las razones aducidas suelen ser varias: 1) *porque aguantan más*, 2) *porque tienen más experiencia*, 3) *se presupone que es mayor responsabilidad*, 4) *las jóvenes prefieren estar empleadas en otras cosas*, 5) *a la adulta no le importa quedarse el fin de semana en casa, en cambio a una joven de 20-25 años le apetece salir*. Algunos informantes afirman que las jóvenes no se dedican a este tipo de trabajo sino al servicio doméstico y limpieza. Hay otras informantes que piensan justo lo contrario, es mejor una cuidadora joven: «*Es más fácil su adaptación, son más joviales, alegres, y presuponen que harán más felices a la gente*». Sin embargo, al comentar las edades, pocos son los informantes que aluden a las mayores dificultades que pueden encontrar las mujeres en pleno proyecto reproductivo y con obligaciones familiares propias al hacer un trabajo como éste. Si construimos un rango con todas las edades aproximadas que nos han facilitado, éste iría desde los 18 hasta los 60 años, aunque toman una importancia mayor las edades entre los 20-25 y 35-40 años.

La situación familiar de las cuidadoras

Se trata de un aspecto por el que inicialmente no preguntamos de manera directa, pero que ha ido apareciendo frecuentemente y manifiesta unas características muy peculiares. La mayoría de los informantes que se pronuncian observan que la mayoría de las cuidadoras están casadas, muchas de ellas con su familia en el país de origen. Ello, dicen, obedece al desarrollo de las diferentes fases del proyecto migratorio: viene la mujer y se establece como cuidadora, ya que tiene más facilidades para trabajar sin papeles y hacerse invisible entrando en el sector del servicio doméstico. La cuidadora suele escoger trabajar de interna, pues los ingresos se maximizan al no tener gastos como alquiler, comida, etc. Incluso, algunos agentes de la mediación aconsejan trabajar como interna cuando la inmigrante es recién llegada y

no se tiene familia. Gran parte de estos ingresos se suelen dedicar a saldar las deudas del viaje. El resto se transfiere a sus países de origen. Con estas transferencias se puede preparar la reunificación familiar, además de procurar unos ingresos significativos a su familia. Por el contrario, muchas de las cuidadoras inmigrantes elegirán no pasar de esta fase, ganar el máximo posible en poco tiempo y volver a su país.

Desde el mismo momento en que la cuidadora se pone a trabajar, puede empezar el proyecto de reunificación familiar, que constituiría la segunda fase. Al mismo tiempo que llega la familia, la cuidadora suele dejar el servicio de interna para dedicarse a otras modalidades como externa o por horas, no siempre en el sector de cuidados, sino a caballo entre éste y el servicio doméstico. También es cierto que en esta fase no siempre se deja de ser interna: muchas mujeres internas se resisten a dejarlo, pese a tener su familia aquí, con lo que muchas veces lo que se produce es un drama familiar, con los hijos como grandes perjudicados. Finalmente aparecería la normalización laboral de la cuidadora, a la que se accede con la adquisición de los permisos de residencia y trabajo, situación ideal que hoy por hoy muy pocas pueden alcanzar. Puesto que la fase de consecución de papeles es tan difícil hoy en día, han aparecido nuevas formas de regularización que aprovechan los márgenes de la ley: según algunos informantes el hecho de tener un hijo en España puede suponer, para algunas nacionalidades, una vía relativamente fácil para la obtención de papeles para los progenitores.

1.2.1.8. LAS CUESTIONES LABORALES

El cuidado de los mayores dependientes por parte de inmigrantes se establece en el marco de unas relaciones laborales particulares. Señalamos siete aspectos: 1) régimen de trabajo, 2) existencia de contrato, 3) formación, 4) tareas que realizan, 5) condiciones laborales, 6) sueldo y 7) rotación.

El régimen de trabajo aparece bastante homogéneo en las respuestas de nuestros informantes. La mayoría de ellos piensan que las inmigrantes trabajan más como internas que bajo cualquier otro régimen de trabajo, sea atención diaria, nocturna, externa o por horas. Aun así, hay algunos informantes que se muestran más cautos al respecto, y piensan que el trabajo por horas (IC-11) o de atención diaria (IC-15) son los regímenes de trabajo más habituales entre las cuidadoras. El *contrato* es una *rara avis* entre el sector de cuidados domésticos. Las mismas características del trabajo lo hacen posible, pero no sólo para las inmigrantes, como nos recuerdan muchos informantes, sino también para las trabajadoras españolas que se dedican a ello. Si bien, en el caso de las inmigrantes la ausencia de contrato es más frecuente si cabe como consecuencia de la situación de la falta de residencia que afecta a muchos de ellos. Así pues, la mayor parte de las cuidadoras carece de contrato, de la misma manera que carece de papeles. Es frecuente que las inmigrantes regularizadas se acojan a la posibilidad de darse de alta en la Seguridad Social como auxiliares domésticas, con una aportación mensual de alrededor de 120 euros, que en algunos casos se pagan a medias entre cuidadora y cuidado, con lo que disminuye la presión sobre la inmigrante. El pago periódico a la Seguridad Social es consecuencia de la obligación de cotizar seis meses para renovar el permiso de residencia.

1.2.1.9. LA NECESIDAD DE FORMACIÓN

Es esta una de las grandes reivindicaciones de nuestros informantes. No se trata tanto de los años de formación reglada, que suelen tener suficientemente cubiertos (especialmente por las cuidadoras de

Europa del Este), sino de la formación específica en cuidados a mayores. Esta formación es difícil de conseguir, porque en muchos cursos —subvencionados— se exige documentación. Esto, según nuestros informantes, restringe el acceso a los cursillos que puedan organizar asociaciones de enfermos, en los que nos consta que hay cada vez más inmigrantes y entidades interesados. También es cierto que algunos de los cursos están más dirigidos a la realización de tareas domésticas (cocina, limpieza de la casa, compra) que a tareas específicas a la atención de personas mayores dependientes. Aun así, el papel de las organizaciones sin ánimo de lucro es fundamental para la formación general, como pueda ser el idioma, las relaciones sociales y laborales o las técnicas de búsqueda de trabajo. Así pues, la familia vuelve a jugar un papel fundamental en la formación extraacadémica de la cuidadora, cuando les enseña cómo limpiar, movilizar, dar de comer, etc., al mayor dependiente.

Pero no todas las cuidadoras vienen sin la formación específica: hay una minoría cualificada (enfermeras, auxiliares, y hasta algún psicólogo especializado en geriatría han aparecido en las entrevistas). Aunque la participación de estos profesionales en este recurso es minoritaria, su mejor formación no se corresponde necesariamente con un reconocimiento explícito que redunde en una mayor retribución y unas mejores condiciones laborales. La ausencia de formación se intenta compensar con algunas características de las cuidadoras que los servicios formales no poseen en tan gran medida. Algunos informantes hacen explícita esta compensación: «*La carencia de formación la suplen con la relación de afecto que mantienen con el anciano*». Se trata de comprensión, cariño, dulzura, amabilidad en el trato, paciencia, carácter exquisito y otros tantos epítetos más que completarían la lista. Serían las suramericanas las que, según nuestros informantes, más concentrarían estas cualidades, aunque otros informantes prefieren mantenerse al margen o hasta sospechan de tanta dulzura. Como ilustración, sirva una cita textual de un informante clave:

Funcionan mucho los estereotipos. Durante un tiempo funcionó el estereotipo de que las latinoamericanas y ecuatorianas cuidaban muy bien. Que eran cariñosas con los abuelos, que no había problemas, que decían prácticamente que sí a todo. Y luego empezó a haber los estereotipos contrarios: que había gente joven ecuatoriana, colombiana que drogaba a sus abuelitos, que metía gente en casa cuando los abuelitos no se enteraban, que robaban, etc. (IC-45).

Los informantes clave que han sido más críticos respecto a la formación, han sido lógicamente las asociaciones de familiares de afectados, puesto que son mayores afectados por trastornos neurodegenerativos y que requieren de conocimientos específicos para atender a este tipo de mayores dependientes:

Creemos que este tipo de atención a través de cuidadoras inmigrantes no está creando ningún tipo de beneficio. Todo lo contrario. Estas personas no tienen ninguna formación en cuanto a cuidados médicos y no tienen ningún conocimiento acerca de la enfermedad y sus repercusiones. El cuidado de esta forma no es competente (IC-3).

1.2.1.10. LAS TAREAS QUE REALIZAN

Las cuidadoras son, como cabía imaginar, de amplio espectro. No solamente se dedican a cuidar de la persona mayor y todo lo que esto conlleva, sino que van más allá. En primer lugar van más allá porque entra en juego la vertiente doméstica del trabajo, esto es, la limpieza de la casa, compra, preparación de

comidas, etc. Pero también se debe tener en cuenta la vertiente afectiva, verdadero punto fuerte del cuidado al mayor, y relacionado con el último punto tratado (en la ausencia de formación el afecto es lo más valioso). Se trata de que la cuidadora proporciona aseo, cuidados, pero también compañía —algo muy difícil si no imposible de encontrar en el mercado formal— y afecto, puntos muy valorados por parte del mayor, según nos indican nuestros informantes. De esta manera, las respuestas a la pregunta de qué tareas realizan se dividen constantemente entre las tareas puramente domésticas y las de cuidado al mayor propiamente dicho, como se puede observar en el siguiente cuadro, confeccionado a partir de todas las respuestas dadas y con el amplio surtido de tareas que nos han proporcionado. Resulta significativo el hecho de que los acompañamientos en general, considerados como tarea aparte, constituyan un grupo de actividades con tanta importancia. Esto nos indica, por otra parte, la escasa formación específica que se requiere para los cuidados de los que dan cuenta nuestros informantes: al menos 24 respuestas, las de aseo personal, requieren una formación específica frente a las restantes 66 que se pueden desarrollar sin tener una formación específica en cuidados a mayores o en geriatría.

Las inmigrantes hacen de todo: van a comprar, les cocinan, les hacen mucha compañía... incluso han llegado a adaptarse a la religión católica. Las personas mayores de aquí son muy religiosos. Las inmigrantes los acompañan a ir a misa todos los domingos (IC-27).

TABLA 26

Tareas	Veces que aparece
Tareas domésticas en general	15
Compra	9
Limpieza	7
Cocina	5
Total acompañamientos	25
Compañía en general	14
Paseos	7
Acompañamiento médico	2
Ir a misa	2
Total aseo personal	24
Aseo personal en general	12
Administración de medicamentos	5
Masajes/movilización	2
Levantar/acostar	2
Darles comida	2
Cambiar pañales	1
Otros	5
Cariño, afecto y comprensión	5
Total de respuestas aportadas	90

Llegados a este punto cabe preguntarse qué *salarios* atribuyen nuestros informantes a este tipo de trabajo, desarrollado mayormente en la clandestinidad, casi invisible y con pocas exigencias en formación

específica. Podemos observar cuáles han sido las respuestas distribuidas en poblaciones, en función de los datos que se nos han proporcionado. A la hora de analizar estos datos se tienen que tener en cuenta algunas consideraciones. Primeramente, que no todos los informantes han sabido proporcionar un dato aproximado de lo que viene a cobrar una cuidadora. En segundo lugar, la cifra que figura es una media de los datos que nos han proporcionado los informantes, y normalmente aparece en forma de cuña, donde figuran los sueldos mínimos y máximos. Aun así, no hemos considerado los sueldos más rebajados, que comentaremos después.

TABLA 27

N.º informantes	Rango sueldo internas	N.º informantes	Rango sueldo por horas
14	hasta 660 euros/mes	5	3 euros/hora
10	entre aprox. 550 y 800 euros/mes	9	entre 3 y 6 euros/hora
7	más de 700 euros/mes	3	5 euros/hora

En la mayoría de los casos el sueldo raramente pasa de los 900 euros, o baja de los 480 euros al mes. Es de resaltar que en la disparidad de precios la comunidad tienen mucho que ver: en ellas se nos informa de sueldos más bajos que en localidades de menor tamaño. Permaneceremos atentos a este rasgo que podría obedecer a una mayor oferta de cuidadoras. La cuestión de los sueldos mínimos es de especial relevancia, puesto que representa unas condiciones muchas veces de explotación, rayando la esclavitud. Tenemos constancia de que se dan casos de abusos en la retribución, con sueldos de menos de 360 euros al mes, pero también de 180, y hasta sueldos cero, donde la cuidadora no cobra, sino que se considera que está suficientemente pagada viviendo en casa de la persona mayor sin tener que pagar gastos de comida o alojamiento. En otra modalidad de sueldo cero, la familia entera (madre cuidadora, padre e hijos) viven en casa del cuidado, que se encarga de todos los gastos, el padre trabaja fuera —con lo que proporciona ingresos a la familia— y la mujer se encarga de los cuidados del mayor, sin recibir por ello ingreso alguno.

La perversidad de lo anteriormente expuesto se refleja también en las condiciones de trabajo: desde el momento que el trabajo no está reglado, el empleado queda desprotegido a la hora de exigir cualquier derecho laboral, sea retributivo o de cualquier otra condición. Las difíciles condiciones laborales, familiares, la dureza de muchas tareas, la presión psicológica a la que están sometidas la cuidadoras, etc., favorecen el fenómeno de *la rotación*, que, según nos informan, tiene una gran importancia en el sector informal de cuidados a la persona mayor. Se trata de una rotación intrasectorial, la que sucede cuando muere el mayor cuidado y se busca otro, o también la que sucede cuando la cuidadora se busca otro mayor (bien por agotamiento, incompatibilidad de caracteres o por mejora de sueldo); también puede ser rotación intrasectorial pero de cambio de régimen, es decir, el paso de interna a externa o a atención por horas. Finalmente la rotación puede ser intersectorial, por la que la cuidadora cambia de trabajo y deja de cuidar a personas mayores. Esta última es una rotación con cierta importancia, donde el cambio es percibido por los informantes como «*buscar mejores trabajos*», «*intentan mejorar*», etc., y, además, nos da pie a considerar el trabajo de cuidado a personas mayores como un sector más de paso que de desti-

no entre las cuidadoras inmigrantes, y esto parece verificarse a tenor de los análisis de discurso que desarrollamos a lo largo de este capítulo.

1.2.2. Elementos que propician la aparición y desarrollo del fenómeno social

Existen lógicamente diferentes circunstancias que están propiciando la aparición y el desarrollo de un nuevo mercado que se regula por sí mismo, sin intervención de las instituciones, rigiéndose tan sólo por la ley de la oferta y la demanda. Existen no obstante, una serie de circunstancias que es preciso desarrollar de manera resumida.

El primer elemento es el envejecimiento de la población, que está posibilitando la aparición de un mercado hasta hace poco inexistente y que hoy se ha convertido en objetivo prioritario de las instituciones públicas, se trata de la atención a las personas mayores que se encuentran en situación de discapacidad y en muchas ocasiones conviviendo solos.

Para mí el motivo más importante es que los ancianos quieran permanecer en sus casas quieran vivir en su entorno. Estoy también de acuerdo en que la atención es más personalizada. Las inmigrantes que trabajan con abuelitos lo hacen siendo internas, y eso una española no lo haría porque no estaría dispuesta a sacrificarse tantas horas (IC-5).

Algunos IC aluden a la falta de recursos formales de proximidad como desencadenante fundamental de la aparición de este fenómeno social, especialmente la insuficiente y en ocasiones nula existencia del SAD que posibilitaría la atención al mayor en su propio domicilio o bien la escasez de otros recursos como la teleasistencia o los Centros de Día para personas mayores.

No hay suficientes recursos para satisfacer las necesidades de estas personas. Si hubieran recursos las familias, accederían a ellos. Prefieren un SAD o un Centro de Día (recursos de proximidad), a este tipo de atención domiciliaria por parte de una inmigrante (IC-3).

En cuanto se refiere a las residencias, una gran parte de IC relatan que el ingreso de los padres en una residencia para ser atendidos de forma correcta goza de una «mala imagen» por parte de la sociedad, y que por tanto esta circunstancia que posibilita que el mayor sea atendido en su propio domicilio se ve favorecida por esta circunstancia.

Es para evitar la institucionalización, pero también, y sobre todo, porque ningún nacional lo quiere hacer. Yo estoy convencidísima, de que si le das a elegir a una familia entre un nacional y un inmigrante va a elegir al nacional. Lo que pasa es que por un lado evita la institucionalización, y por otro, independientemente del dinero, el anciano está en su casa, a pesar de estar solo y sin familia (IC-49).

Hay una oferta y una demanda, y hay una posibilidad muy económica. Antes las mujeres estaban en casa, y ahora trabajan, por lo tanto no pueden hacerse cargo de los padres, como han hecho tradicionalmente. Tampoco se quiere ingresar a los mayores en una residencia, y puede haber una posibilidad de tenerlo en casa por un sueldo equivalente a la pensión del mayor más un poco que aportaría cada hijo. Además, la oferta es muy grande, de forma que la familia puede escoger (IC-4).

Por otra parte, se trata de un recurso que puede obtenerse de forma muy rápida, frente a la lentitud de la administración para obtener alguna ayuda para el colectivo de personas mayores en situación de discapacidad. En ocasiones, se ha recurrido a un inmigrante de forma puntual, pero esta situación se convierte en duradera y el inmigrante se convierte en el cuidador definitivo de la persona mayor.

Qué duda cabe, que frente a los gastos que pueden derivarse de la atención a la persona mayor a través de cualquier otro recurso (SAD, Centro de Día o Residencia), la posibilidad de contratar a una inmigrante para atender a la persona mayor durante la mayor parte del día resulta mucho menos onerosa. Muchos de los IC respondieron que el recurso existe porque es «barato» en relación a otra alternativa de cuidado. Además, se atiende a la persona mayor en toda su extensión, es decir que se ofrecen servicios doméstico y cuidados personales al mismo tiempo.

Es un servicio barato también, las personas españolas no queremos trabajar en esto. Es un trabajo que no está valorado, económicamente no está regulado (IC-13).

Para mí lo más importante es que es un servicio muy barato. Una española no aceptaría un sueldo que sí admite la inmigrante ante la necesidad (IC-26).

En alguna ocasión se ha puesto de relieve la atención personalizada y de afecto que puede ofrecer la inmigrante al mayor, pero en otras ocasiones ha sido visto como un recurso que no ofrece todas las garantías posibles de atención al mayor ya que la cuidadora no tiene suficiente formación.

Pero, lógicamente, el elemento posibilitador que en mayor medida influye en la aparición y mantenimiento del recurso es la dificultad de encontrar un cuidador que pueda atender de manera informal las situaciones de necesidad derivadas de una incapacidad en el mayor. En los núcleos urbanos más pequeños, porque se da la circunstancia de que el mayor se ha quedado solo ya que los hijos han emigrado a otras ciudades en busca de trabajo y finalmente se han establecido lejos de los padres. En las grandes ciudades, porque la masiva incorporación de la mujer al mundo del trabajo está generando una ausencia de cuidadoras que tradicionalmente se han hecho cargo del cuidado de los mayores de manera informal.

Las mujeres ya no pueden hacerse cargo del anciano, puesto que han accedido al mercado laboral. Ahora entre todos los hijos aportan dinero para el cuidado de los padre mayores. Las mujeres españolas no quieren el trabajo como cuidadoras, así que han acudido al mercado de inmigrantes para realizarlo (IC-29).

El nivel de dependencia de las personas mayores. Ahora vivimos más pero nuestra calidad de vida empeora. Es un servicio barato que garantiza la disponibilidad de la cuidadora (IC-35).

De cualquier modo, ante la pregunta realizada a los IC sobre las circunstancias que están propiciando la aparición del fenómeno «inmigrantes que cuidan a mayores», las respuestas han sido globalizadoras, es decir que ha sido una pluricausalidad la que está propiciando la aparición y mantenimiento del recurso.

1) La inmigración sube; 2) La población anciana vive más años; 3) La mujer se ha integrado al trabajo; 4) Antes los valores era que la familia se hacía cargo, ahora se delega y se paga; 5) La integración de la mujer en el mercado laboral ha creado un hueco que no está siendo llenado por el hombre; 6) La inmigración está muy cualificada para este apoyo: cuestión afectiva, paciencia, muy acostumbrados a la familia extensa; 7) Cuanto más se regularice mejor (IC-41).

Por último, el recurso no existiría sin la presencia de los inmigrantes. Éstos, a la búsqueda de una situación que les permita una integración (a veces muy lejana en el tiempo) en nuestra sociedad, han comenzado a ocupar unos puestos de trabajo que según han relatado algunos IC no quieren realizar los españoles, aun a pesar de constituir un yacimiento de empleo importante. Ciertamente, las agotadoras jornadas semanales, con dedicación en muchas ocasiones de 24 horas al día, y con tan sólo un día de descanso semanal, no constituyen una situación de privilegio para la población española en lo tocante a encontrar un puesto de trabajo.

Es uno de los sectores de trabajo en que los inmigrantes han podido encontrar más trabajo, pues no tienen vetada su inclusión, además de que, por la dificultad de este oficio, las personas españolas no quieren hacer ya este trabajo. Son trabajos duros y son trabajos donde muchas veces se necesitan internas. Entonces las españolas no asumen este tipo de trabajo pero las inmigrantes —que la mayoría son mujeres— sí. Sobre todo las piden sin cargas familiares. Son muchas veces mujeres solas, de mediana edad, que estando internas el dinero que ganan lo ahorran para mandarlo a su país. Es uno de los servicios más demandados (IC-49).

En resumen, el discurso mayoritario de los informantes clave parece indicarnos que lo que más favorece este servicio es su relación costos-beneficio. Sobre todo si se le compara con la ineficacia e ineficiencia de los recursos públicos y los precios inalcanzables del sector privado. Con el recurso a inmigrantes en un trabajo que no quieren hacer los españoles se consigue mantener a las personas mayores en sus casas, en un momento en que los mayores discapacitados aumentan en número y sus hijas y nueras están cada día más presentes en el mercado laboral.

TABLA 28

Factores condicionantes del fenómeno según los informantes clave

Factores condicionantes	Número de veces que citan los informantes clave
Es el servicio más económico, con mayores beneficios de tiempo y cuidado afectivo para las personas mayores	28
Ineficacia e ineficiencia de los servicios públicos	16
Resistencia a la institucionalización de los mayores	14
Trabajo que no quieren hacer los españoles	13
Aumento de la población mayor	12
Calidad humana en la atención al mayor	10
La incorporación de la mujer al mercado de trabajo	10
Trabajo propio para el inmigrante sin papeles por la invisibilidad y la garantía de alimentación y vivienda	9
Carestía y escasez de los servicios privados	5
Mayores abandonados afectivamente por sus familias	4
Gran oferta de cuidadoras	2

1.2.3. Las modalidades de contacto inmigrante-familia

El establecimiento de contacto de la persona mayor dependiente y de su familia, por un lado, y del cuidador inmigrante, por otro, merece una atención especial. Con unas características socioculturales muy distintas, ambas partes establecen una relación diaria necesariamente íntima y de muchas horas, en la que el cuidador realiza las tareas que la persona mayor dependiente no puede llevar a cabo, además de asegurar un cuidado integral y de acompañamiento. Esta relación creada *ad hoc* plantea el difícil reto del entendimiento entre culturas y sistemas de valores distintos que analizaremos más adelante. Nos interesa ahora averiguar, a través de los testimonios de los informantes clave, cómo se produce el contacto entre ambas partes, cómo se establecen las reglas del juego de este servicio, qué agentes entran en juego en la negociación. En la mediación del recurso hemos identificado cuatro fases que, dependiendo del agente mediador, presentarán variaciones substanciales de formato. En primer lugar, *ambas partes se dan a conocer*: la familia de la persona mayor —o la propia persona mayor— da a conocer la necesidad de encontrar un cuidador y activa su búsqueda, y el inmigrante, por su lado, activa todos sus recursos en la búsqueda de un trabajo. En la segunda fase *ambas partes entran en contacto*, muchas veces mediante la intervención de un tercero. Una vez realizado el contacto *las dos partes consumen el acuerdo* estableciendo las reglas del contrato. La cuarta y última etapa que identificamos en la mediación es la que constituye *el seguimiento* que puede hacer un tercero de la relación. El desarrollo de estas fases, la intervención de dos o más agentes, el respeto de unas condiciones mínimas en la negociación difieren ampliamente entre los informantes clave entrevistados, sean o no agentes directos de la mediación en el recurso de la atención al mayor discapacitado.

Las familias y los inmigrantes se dan a conocer

Por lo que nos cuentan los informantes clave, las familias son menos activas buscando recursos que los inmigrantes. Los canales que utilizan son más tradicionales y, por lo general, dan a conocer sus necesidades de ayuda para el cuidado de sus mayores en entidades de su total confianza, con frecuencia cercanas a su domicilio, en las que conocen perfectamente a las personas que harán de agentes mediadoras. Las familias suelen acudir a las entidades religiosas del barrio, a los servicios sociales del ayuntamiento y en menor medida a otras instituciones de acogida. Sin embargo, en las localidades donde las entidades de acogida de inmigrantes ejercen un papel relevante, éstas se están ganando la confianza de las familias y también se constituyen en válidas intermediadoras. Finalmente, en opinión de los informantes clave, serían minoritarias las familias que establecen el contacto con una inmigrante cuidadora sin que intervenga ningún agente mediador.

En lo relativo a los inmigrantes, las formas de buscar un servicio de cuidado, o cualquier otro trabajo, son mucho más numerosas. Además, éstos movilizan muchísimos más recursos que las familias de las personas mayores dependientes. El voz a voz es el recurso que más utilizan los inmigrantes, en primer lugar al interior de sus propias redes y en segundo lugar en los establecimientos públicos a los que acuden con frecuencia. Esta vía de búsqueda, junto con los cartelitos que cuelgan en lugares visibles de paso, constituyen los principales recursos privados que movilizan los inmigrantes, es decir sin contar con la ayuda de ningún mediador. Los servicios sociales de los ayuntamientos aparecen como los principales mediadores a los que recurren los inmigrantes en busca de un servicio de cuidado al mayor. Siguen

en importancia otras entidades mediadoras como Cáritas, Cruz Roja, los sindicatos y otras entidades de acogida.

En alguna ocasión, son los propios inmigrantes, los que se convierten en mediadores, posibilitando la actividad a sus propios compañeros, eso sí, solicitando determinadas cantidades de dinero por proporcionar esta información.

La inmigrantes veteranas «dueñas del cotarro», están explotando a veces a sus compatriotas. Ellas venden el trabajo a sus compatriotas, venden las ofertas de trabajo (se llevan incluso 20.000 ptas.) por cada contacto entre un anciano y una inmigrante a la que cobra. No hay solidaridad entre ellas, hay diferencias de clases. Pretenden que las que vienen nuevas y principiantes sufran lo que ellas cuando vinieron al principio al país. Que pasen las mismas situaciones que han vivido ellas y no tengan ventajas que las veteranas no han tenido. Hay incluso un abuso de alquiler, y de éstos obtienen grandes beneficios. Se produce una pérdida de valores y se adquieren rápidamente los de aquí (IC-17).

Se produce el contacto

Los contactos espontáneos entre las familias y los inmigrantes son minoritarios si los comparamos con aquellos que facilitan las entidades mediadoras. El modelo que más abunda es aquel en que la entidad da a la familia el teléfono del inmigrante que se ha ofrecido y es aquélla quien se pone en contacto con éste. Muchas entidades mediadoras actúan de esta forma temerosas de que «*los inmigrantes corran y se pasen el teléfono de la familia entre ellos*». Otras entidades, entre las que están más presentes aquellas que acogen a los inmigrantes, dan los teléfonos a ambas partes e incluso ofrecen sus dependencias para que éstas se encuentren. Finalmente, algunas entidades prefieren organizar el encuentro ellas mismas en sus locales sin que la familia y la inmigrante se hayan conocido previamente.

Por lo que se refiere a la manera como se produce el contacto inmigrante-familia, una de las situaciones que generan mayor perplejidad es la vivida por los servicios sociales de los ayuntamientos. Como éstos no pueden reconocer legalmente una situación de irregularidad, no pueden realizar una mediación oficial entre las necesidades familiares y los inmigrantes que se encuentran en determinada localidad. Se trata de una situación de hipocresía que vendría a ser algo así como «*si no tienen papeles no existes, pero sabemos que estás ahí*». De este modo, los IC que han respondido a nuestras entrevistas, y que pertenecían a equipos sociales de ayuntamientos, han referido variadas posibilidades de contacto, sin verse involucradas en ninguna responsabilidad.

La primera y más utilizada, ha sido recoger por una parte, las solicitudes de las familias que demandan un cuidador para sus parientes de edad avanzada, y por otro las peticiones de las mujeres inmigrantes que buscan cualquier tipo de trabajo. La mediación se produce ofreciendo a la familia el teléfono de la inmigrante (el teléfono móvil para una inmigrante resulta fundamental), y por otra parte, al inmigrante se le ofrece el teléfono de la familia. De este modo, la institución salva su responsabilidad, ya que se trata de una relación entre dos personas, cada una de las cuales asume su propia responsabilidad.

Sí que se desarrolla esta actividad pero «oficialmente» no la conocemos. Nosotros sólo podemos facilitar información. Entre ellos después se ponen de acuerdo. Nosotros hacemos mucha media-

ción. Ponemos anuncios de ofertas de trabajo fuera en recepción, con las características de la inmigrante. Las familias se ponen después en contacto. Creemos que la mediación es buena, pero nosotros tampoco nos podemos responsabilizar de la relación y su posible evolución (IC-37).

Ante esta dificultosa situación, en ocasiones, los servicios sociales envían directamente a las familias y a los propios inmigrantes a instituciones sin ánimo de lucro, que si realizan la mediación de una forma adecuada y sin la presión de verse sometidos a una situación de irregularidad.

Para nosotros es más cómodo dar una subvención a determinadas entidades que trabajan con inmigrantes, y de esta forma resolvemos el problema. Cuando viene alguna familia o algún inmigrante, los remitimos a esa asociación. Ya sé que es una mierda, pero de esa manera resolvemos legalmente el problema que sabemos que existe (IC-40).

La negociación del servicio

Las reglas del juego se establecen privadamente cuando en la toma de contacto no ha participado ningún agente mediador. Son estos los casos en que los abusos parecen más frecuentes, donde las reglas del juego son menos favorables para el inmigrante, y donde más desprotegidas están ambas partes ante la eventualidad de una situación no deseada. Este tipo de relación es el más invisible de todos y nos es conocido gracias a la actuación de los sindicatos y otras entidades que se erigen en garantes de los derechos básicos individuales cuando acuden a ellas inmigrantes víctimas de abusos.

Por lo general, las reglas del juego se acaban diseñando entre la familia y la inmigrante. Incluso cuando en el contacto entre ellas ha participado una entidad mediadora, las condiciones del trabajo, las particularidades, los cuidados específicos, las horas, los días libres, el salario, etc., son el objeto de una conversación privada e íntima en la que se encuentra solas ambas partes. Pero también son numerosos los casos en los que estas entidades asesoran a ambas partes para que el acuerdo sea lo más favorable posible, e incluso se erigen en los vigilantes de los abusos. Finalmente, en algunas ocasiones nos hemos encontrado con que este servicio —incluso cuando éste se emplaza en el mercado informal— está perfectamente coordinado, regulado y vigilado por aquellas entidades que se ocupan de los servicios sociales, de las familias, de las personas mayores y de los inmigrantes. Es en estos casos donde el recurso alcanza, sin lugar a dudas, mayores cuotas de garantía de que salga bien.

El seguimiento de la relación

La relación que se establece entre la inmigrante, la persona mayor dependiente y su familia es necesariamente una relación intensa. Si ésta alcanza un alto grado de calidad, aunque se haya establecido de forma privada y sin mediación ninguna, puede durar más allá del tiempo que finalmente fue requerido para cuidar al mayor. En estos casos, la familia puede que establezca lazos sólidos y duraderos con la inmigrante, con los que esta última encuentre un apoyo permanente para la búsqueda de un nuevo trabajo, una residencia, etc.

Cuando en la mediación ha participado una entidad puede que ésta ejerza un seguimiento más o menos continuo de la relación entre la inmigrante y la familia, y que se garantice el buen desarrollo de lo pacta-

do, tanto en lo que se refiere a las tareas a realizar por la inmigrante, como en el cumplimiento de las condiciones laborales y la garantía de los derechos mínimos a los que la familia se ha comprometido. Algunas entidades de acogida ejercen un rol eficiente de seguimiento. Existen algunas entidades mediadoras laicas o religiosas que establecen un compromiso de seguimiento de la relación entre la cuidadora y la persona mayor dependiente que aseguran el buen desarrollo, no sólo de la etapa de rodaje, sino que pueden extender el seguimiento a la duración del contrato. Pero, cuando existe una coordinación entre los servicios sociales y el resto de entidades que participan en este sector, la fase del seguimiento alcanza su mayor eficiencia.

El papel de las entidades mediadoras

En la intermediación del recurso participan toda suerte de entidades, y no sólo las que hemos identificado apriorísticamente como entidades de intermediación: todos los agentes que hemos entrevistado ejercen de mediadores del recurso. Que la intermediación esté perfectamente organizada y vigilada no depende de que el servicio se integre en el mercado formal o en el informal. Que se eviten los abusos tampoco depende de que se firme o no un contrato laboral. Lo único que garantiza la eficiencia en el contacto entre la inmigrante cuidadora y la familia, el cumplimiento de unas reglas mínimas, y el apoyo ante situaciones de abuso, es la actuación de la entidad que ejerce de mediadora.

En el territorio valenciano, resulta muy evidente que, de todos los agentes consultados que median en este recurso, son los servicios sociales de algunos ayuntamientos los que juegan el mejor papel. Por su especial apoyo a las poblaciones vulnerables, por su conocimiento de las necesidades de las familias, de los mayores y de los inmigrantes, y por su privilegiada observación de los recursos disponibles para el cuidado de mayores dependientes, los servicios sociales pueden garantizar una gran eficiencia y velar por un óptimo cumplimiento de los compromisos adquiridos por ambas partes: el cuidador y la familia del mayor. En algunas localidades valencianas los servicios sociales se coordinan —y también delegan responsabilidades— con otras organizaciones o instituciones de relevante papel social en el municipio, jugando perfectamente el rol de últimos responsables de la gestión del recurso de la ayuda a los mayores discapacitados. En estos casos, el papel dirigente de los servicios sociales se manifiesta especialmente importante en la prevención de abusos, en la identificación de las necesidades de formación de las cuidadoras, en la capacidad de ofrecer apoyo puntual ante cualquier dificultad, etc. Pero el actual contexto específico de la legislación de la inmigración en España se revela un factor determinante en el momento de verbalizar con la suficiente claridad esta coordinación. Esto adquiere especial relevancia en algunas entrevistas a informantes clave de los servicios sociales, en las que se percibe mucho temor a proporcionar demasiada visibilidad al fenómeno, a asumir y dar a conocer el papel coordinador que están ejerciendo al tiempo que se intenta esconder el papel de gerente. Algunos trabajadores sociales elaboran una división funcional de sus responsabilidades: las que tienen como trabajadores de los servicios sociales, las que ejercen como miembros activos o simples colaboradores de otras entidades, o las que pueden tomarse sencillamente en tanto que miembros del tejido social y observadores privilegiados de las necesidades sociales. A priori podría pensarse que es en las poblaciones pequeñas donde los servicios sociales pueden desarrollar una mejor gestión; pero en el país valenciano, hemos conocido algún caso en las que son los servicios sociales los que asumen la responsabilidad de la gestión de este servicio (IC-24).

1.2.4. Resultados. Grado de satisfacción del inmigrante y de la familia

Las entidades entrevistadas expresan muchas veces un juicio bastante elaborado sobre cuán beneficioso puede ser este recurso para cada una de las partes: las personas mayores dependientes y las inmigrantes cuidadoras. Para los primeros, la mayoría de las entidades se inclinaría por acordarle a este recurso un carácter beneficioso. Mientras que recurren a valoraciones negativas cuando se centran en la situación de las inmigrantes en el recurso. Veamos pues qué valoraciones creen los informantes clave que están formulando los dos actores del fenómeno y cuáles son los efectos colaterales que identifican.

La valoración de los mayores y de sus familias

Las personas mayores y sus familias están satisfechos de haber recurrido a una inmigrante cuidadora. Esta es la valoración más comúnmente expresada por las entidades entrevistadas. Sin embargo, al informar sobre las valoraciones específicas que tienen las personas mayores dependientes y sus familiares sobre este recurso ofrecen una enorme pluralidad de razonamientos. Cuando nos resaltan los juicios negativos predominan las opiniones sobre la cuidadora inmigrante, por encima de las opiniones sobre el recurso en sí mismo. Sin embargo, las valoraciones positivas se hacen eco generalmente de los beneficios que aporta el recurso para las familias y para las personas mayores, y en menos ocasiones hacen resaltar el capital humano y las cualidades específicas de las cuidadoras inmigrantes.

Las personas mayores necesitan mucho cariño, mucha compañía... las inmigrantes dan respuesta a este tipo de necesidad, que no cubren, en muchas ocasiones, los familiares de los mayores. Se sienten muy agradecidos con ellas, incluso me atrevo a decir que las latinoamericanas tienen otra concepción muy distinta sobre la tercera edad a la que tenemos aquí en España (IC-34).

Las familias cambian mucho de cuidador. Los enfermos de Parkinson ven a los inmigrantes como intrusos, se sienten incómodos. El inmigrante lo pasa mal ante esta situación. Los familiares de las personas mayores están muy contentos con este servicio, tanto es así que llegan a pagarle todo al inmigrante (IC-1).

El cuidado a mayores discapacitados por parte de inmigrantes se percibe como un recurso positivo o muy positivo en los servicios sociales de los ayuntamientos, en las asociaciones que participan en la intermediación y en las asociaciones de inmigrantes. Estas entidades sacan a relucir más aspectos positivos que negativos en este tipo de servicio. Sin embargo, en las asociaciones de familiares de personas mayores se resaltan menos aspectos beneficiosos. Quizás por ser más conscientes de las necesidades específicas de las personas mayores dependientes, estas entidades denuncian con más insistencia la falta de regulación y de profesionalización del sector, y en concreto la carencia de una preparación adecuada por parte de las cuidadoras inmigrantes.

Muchas familias están satisfechas del recurso, porque se evita la institucionalización de la persona mayor, por la calidez y la forma de transmitir afecto de las mujeres latinoamericanas. Por un precio asequible, la familia se asegura un cuidado continuo y personalizado que reduce la soledad de la persona mayor al tiempo que establece lazos de solidaridad duraderos con la inmigrante. Sin embargo, la alta rotación de las cuidadoras, su falta de formación, su lentitud, su forma diferente de realizar las tareas domésticas y su frecuente abuso de la relación de afecto con el mayor constituyen las principales críti-

cas negativas que las familias y las personas mayores expresan sobre las cuidadoras inmigrantes. Al tiempo que la necesidad de regulación del sector, la poca implicación de las familias a la hora de enseñarles y la dificultad de aceptar la convivencia con cuidadoras de orígenes culturales diferentes al nuestro son los argumentos esbozados cuando se expresa insatisfacción con el recurso.

Valoración de los inmigrantes

Al preguntar a los informantes clave sobre la satisfacción que puedan tener los inmigrantes que trabajan como cuidadores hemos identificado ciertos problemas, bastante recurrentes, de concreción y una polarización difícil de salvar. En primer lugar, resaltamos la dificultad que han mostrado algunas entidades a la hora de concretarnos qué piensan las inmigrantes cuidadoras que trabajan en este recurso. Ayudarles a abstraerse de la situación general de los inmigrantes y enfocar el tema desde el rol de inmigrantes-trabajadoras en el servicio de cuidado a mayores discapacitados no ha resultado tarea fácil. Ello se debe seguramente a que se trata de un colectivo doblemente vulnerable como inmigrantes que luchan por hacerse un hueco sociolaboral y como cuidadoras en un sector poco regularizado, en guardia contra toda clase de abusos. En este sentido, las entidades han centrado su discurso en el colectivo de inmigrantes cuidadoras que trabajan fuera del mercado regular y en situación de internas: elaboramos a través de ellos un discurso de cómo se deben sentir las inmigrantes-cuidadoras más vulnerables. Por el número de comentarios de que son objeto podríamos afirmar que este colectivo es el más importante entre las inmigrantes cuidadoras. De hecho, en este colectivo se basa el grueso de las opiniones.

En segundo lugar y en lo que se refiere al sentido positivo o negativo de las valoraciones, subrayamos la polarización de las respuestas. Aunque minoritarias, existen entidades que piensan que los inmigrantes sólo ven aspectos positivos en el recurso. En el lado opuesto, se encuentran las entidades, mayoritarias, que únicamente identifican factores que repercuten negativamente en los inmigrantes. Finalmente localizamos bastantes entidades capaces de encontrar tanto factores positivos como negativos. Sin embargo, esta polarización de opiniones no depende en absoluto del tipo de entidad y, además, entre entidades ésta pierde importancia al analizar globalmente las valoraciones, ya que sobresalen los rasgos generalizables. Señalamos tres razones: 1) la variación de las respuestas es baja y son numerosas las opiniones compartidas; 2) el discurso de las entidades se presenta mucho más complejo y elaborado cuando se trata de identificar las valoraciones negativas de los inmigrantes respecto al trabajo de cuidadoras; 3) en boca de los informantes se esgrimen muchas más valoraciones negativas que positivas. Hemos identificado una sola contradicción en el discurso y se refiere al salario que a veces por ser demasiado bajo es motivo de insatisfacción y, al contrario, puede constituir una razón de valoración positiva del recurso. Dada la variabilidad de los salarios, y los casos de abuso que nos relatan los informantes clave, consideramos que más que una contradicción en el discurso se trata de la coexistencia de realidades opuestas: servicios bien pagados y servicios mal pagados.

La opinión mayoritaria que podemos generalizar a partir de las respuestas positivas y negativas sobre las valoraciones y sus frecuencias cristaliza en una formulación coherente. Este es un trabajo valorado negativamente por las inmigrantes en el que aguantan hasta que encuentran algo mejor. Es un trabajo muy duro en el que lo que más se valora es la disponibilidad de un cobijo (las internas disponen de una vivienda en la que vivir) en el que tienen satisfechas las necesidades básicas (alimentos, cama, higiene

personal, etc.) y que les permite una alta capacidad de ahorro, al tiempo que las mantiene a resguardo del cada vez más severo control policial.

Los inmigrantes, con lo que cobran ya se dan por satisfechos: saben que no pueden aspirar a más, porque no tienen papeles y últimamente las autoridades están inspeccionando empresas y trabajadores del campo. El resultado son unas multas elevadísimas que previenen a los demás de contratar a inmigrantes sin papeles. El hecho de estar en una casa, si se es interna, y no pagar alquiler les beneficia mucho porque pueden enviar gran parte del dinero a casa, sin tener que pagar un alquiler, que en este municipio son sangrantes (IC-30).

Los informantes clave opinan sobre la valoración que hacen los inmigrantes del trabajo

Neutras o positivas

- 0 Resignación
- +1 Ingresos + vivienda + comida
- +2 Recurso más fácil, más positivo para el ilegal
- +3 Beneficia la integración del inmigrante
- +4 Buscan calidad de trabajo
- +5 Si se sienten a gusto y les pagan bien, se sienten bien
- +6 Se sienten muy bien y es muy positivo
- +7 Les gusta y (porque) lo saben hacer
- +8 Satisfacción grande (alto salario + actividad digna)
- +9 Vínculo íntimo afectivo, les gustan mucho los ancianos

Negativa

- 1 Cuando tienen a sus hijos o se traen familiares es inaceptable
- 2 Condiciones de trabajo sin descanso
- 3 Aguantan hasta que encuentran algo
- 4 Es un trabajo duro
- 5 Siempre quieren más
- 6 Expectativa de ir a más, es un trabajo de transición
- 7 Salario insuficiente
- 8 Cuando regulan su situación se marcha, mucha rotación
- 9 Hay necesidad, no pueden aspirar a más, no tienen alternativa
- 10 Sufren abusos, explotación
- 11 Gran insatisfacción
- 12 Muy cansadas mentalmente
- 13 Demasiadas tareas
- 14 Trabajo eventual y sin futuro

El trabajo lo aceptan porque no tienen más remedio. No pueden aspirar a nada mejor. Aunque se den condiciones de trabajo sin descanso. Puede que encuentren el salario bueno y valoren la dignidad del trabajo del cuidado, pero en general cuando regulan su situación se marchan. Ello concede un alto grado de rotación en el recurso. Por otro lado el vínculo afectivo que crean con la persona mayor y la relación que establecen con la familia de éste favorecen la integración del inmigrante. Si bien la falta de afecto que tiene la cuidadora la expone a más vulnerabilidad:

Toda la relación laboral se disfraza de relaciones afectivas, y entonces claro, en esa tensión cada parte también la utiliza para sacar su juego. Esa tensión los empleadores la utilizan para sacar algo más de la trabajadora, más horas, o algún favor, esta tarde no puedo venir, esta tarde ya te la cogerás otro día, o acompáñalo a algún sitio, y las trabajadoras para alguna otra historia (IC-45).

En muchas ocasiones el salario es insuficiente y las cuidadoras no tienen más remedio que resignarse y aceptar que esta es una situación de transición. Sufren situaciones de abusos y explotación y están muy

expuestas a fuertes depresiones. Cuando se traen a sus hijos esta situación es inaceptable porque obstaculiza el normal desarrollo de la vida familiar.

Y no se sienten mal, más son las depresiones porque se mueren. Pero tú las llamas y te dicen «Ay, yo estoy muy bien... ya formo parte de la familia... al principio estaba rara pero ahora mismo estoy bien» (IC-49).

Efectos colaterales

Al analizar los efectos negativos del fenómeno, la opinión que más predomina es que el recurso contribuye a mantener y aumentar la precariedad, tanto de las personas mayores, que están atendidas pero no por personal especializado, como de los inmigrantes que se ven sometidos a un trabajo en el que no tienen tiempo libre, sin un contrato de trabajo formal, muchas veces cobrando sueldos bajos y con la difícil carga psicológica que supone cuidar a una persona enferma, dependiente, que se morirá y con su muerte vendrá el agujero negro del desempleo.

Beneficios ninguno. Como cosa puntual permite paliar necesidades de las familias, que de esta manera no afloran. Eso no beneficia el estado de bienestar social y un país no puede mantener sus estructuras aprovechándose de los inmigrantes. Si eso sigue así, las instituciones públicas no lo cubrirán nunca. Además, después se les niega la opción a los papeles (IC-45).

TABLA 29

Opinión de los informantes clave sobre los efectos colaterales del fenómeno

1. En España no se está preparado para recibir tanta gente
2. Los cuidadores no están debidamente formados
3. Evidencia la deficiencia de las instituciones públicas españolas
4. Favorece la precariedad de los inmigrantes
5. Existe una amplia rotación laboral. No es un trabajo deseado
6. El trabajo depende de la vida de la persona mayor

Quando se expresan los efectos colaterales o indeseables, por lo general se tiende a proyectar en el futuro e incluso a engrandecer los aspectos negativos relacionados con este servicio. La reciente fuerte avalancha de inmigrantes provoca el miedo sobre la gestión (o falta de gestión) que el Estado pueda ejercer. Que este no es un trabajo deseado, es algo verbalizado por muchos informantes y prueba de ello es la alta rotación laboral que provoca. Todo ello, sin las medidas oportunas, lejos de mejorar, va a empeorar en el futuro, más aún cuando las garantías de estabilidad laboral son menos reales que un espejismo y la necesidad de cuidados específicos que las personas mayores dependientes reclaman no puede colmarse con la falta de formación del inmigrante. Todo parece indicar, que sin gestión o corrección oportunamente aplicada, los efectos colaterales de este recurso no serán nada deseables.

Creemos que no está creando ningún tipo de beneficio. Todo lo contrario. Estas personas no tienen ninguna formación en cuanto a cuidados médicos, y no tienen ningún conocimiento acerca

de la enfermedad y sus repercusiones. El cuidado de esta forma no es competente. Si el enfermo no sale a la calle, es como una «institucionalización en casa». Y el problema no es éste, el problema es que al menos en una residencia sí percibe cuidados médicos dirigidos por profesionales competentes en el campo (IC-3).

Las personas están atendidas pero no tienen la atención especializada que necesitan. La administración no da ni si quiera la atención mínima. Yo no soy partidaria de la institucionalización pero a veces es necesario [todo lleva a] que se normalice este tipo de empleos, que haya una nueva precariedad y que los mayores no estarán bien atendidos y los inmigrantes serán cada vez más precarios (IC-8).

Sin embargo, también contamos con entidades que tienden a valorar positivamente el recurso por el simple hecho de que cubre una doble necesidad. Y aunque conscientes que desde el punto de vista de la calidad del servicio el recurso a inmigrantes cuidadoras no constituye más que un apaño, algunos informantes clave coinciden en que lo beneficioso supera con creces lo perjudicial. Esto cobra especial importancia cuando se entra a valorar la hipótesis de quién cubriría este servicio si no fueran los inmigrantes.

Tiene más cosas buenas que malas. ¿Qué cosas malas va a tener esto? Es un beneficio para ellos. Vienen a ganar su sueldo para mejorar su vida. Para ellos es un beneficio, vienen a ganarse el pan (IC-11).

Es un recurso que tiene beneficio para ambas partes: se evita o se retrasa la institucionalización del anciano y la salida de su ambiente, alivia a los hijos y les da más tiempo libre. Por el lado de las inmigrantes, es una posibilidad de conseguir un trabajo, de ahorrar para poder enviar a su país (IC-49).

En este punto cobra especial relevancia el desencanto, expresado por muchos informantes clave, ante la ineficiencia de las instituciones públicas españolas responsables de proveer el servicio social de atención al dependiente, la falta de recursos públicos de proximidad, y las dificultades de acceder a servicios privados del mercado formal, simplemente por no estar al alcance de las economías de quienes los necesitan.

1.2.5. El futuro del recurso «inmigrantes que cuidan a mayores»

Si el presente se muestra como algo complejo, difícil de definir y de expresar, el futuro del recurso se ve como algo aún más complejo. Para la mayoría de los entrevistados, la situación seguirá igual: seguirán llegando extranjeros, la población seguirá envejeciendo y el recurso seguirá existiendo e incluso, aumentando. Pero esto no es valorado como positivo necesariamente. Para muchos de ellos, esta continuidad de la situación actual, obedece a la falta de políticas claras, tanto en el tema de la atención a los mayores, como en la acogida de inmigrantes. Esta incertidumbre se percibe como amenazante, los informantes que afirman esto consideran que esto podría incrementar aún más las precariedades que anteriormente comentábamos. Muchos son los que apuntan al gobierno como el principal responsable en el diseño del futuro.

No se sabe la política que aplicará el gobierno. Se dice que no quieren tantos inmigrantes, pero al mismo tiempo, no hacen nada, y eso hace que todos se busquen la vida. Además se les rebaja la asignación a las ONG y se hace que dependa la asignación de subvenciones a la asistencia de inmigrantes legales (IC-4).

Todo depende de cómo esté la ley para permisos de trabajo. Si se soluciona, no habría problema, pero tampoco habría tanta gente interna, porque es un trabajo que limita mucho (IC-10).

La tercera edad, las enfermedades asociadas al envejecimiento de la población, todo esto, casi todos vamos a tener padres que cuidar, y claro, las entidades y los organismos públicos ven que tienen que hacer algo. Hay que mover, y lo están moviendo. Si tú tienes una asociación de otro tipo, no tienes tantas ayudas ni tantos recursos (IC-2).

El discurso más generalizable es que la dinámica continuará en la situación actual e incluso que el fenómeno irá en aumento. Pero muchos informantes identifican la responsabilidad que tiene en el desarrollo actual del fenómeno la incertidumbre frente a las políticas de inmigración e integración laboral y ello es expresado como algo que no está en absoluto a su alcance. Sin embargo, para un buen número de ellos es muy deseable que se regularice la estancia de las inmigrantes cuidadoras.

Se canalizará la situación a nivel institucional. Formará parte del mercado laboral regular. Las instituciones son hipócritas, ignoran el tema. Este tipo de recurso continuará porque palia las situaciones de emergencia que los recursos formales no hacen frente con la inmediatez que requiere. Son situaciones a las que se ven sometidas muchas personas mayores (IC-3).

Es una pena que desde el principio no se haya trabajado de forma más planificada (ni se los ha formado, ni están preparados) para integrarlos laboralmente. Ahora ha venido gente de todo tipo y el asunto se está deteriorando (IC-23).

TABLA 30

Opinión sobre el futuro del recurso

Opinión de los informantes	Veces que se cita
La dinámica continuará e irá en aumento	31
Incertidumbre frente a las políticas de inmigración y de integración laboral	19
Debería regularizarse la estancia de los cuidadores	16
Habrà una integración laboral	1

2. LA VISIÓN DE LOS ACTORES

2.1. LOS CUIDADORES

2.1.1. Características de las personas entrevistadas

Un total de veintidós ciudadanos inmigrantes que, en la actualidad, desarrollan una actividad laboral atendiendo a personas de edad avanzada en la Comunidad Valenciana han respondido amablemente a nuestras preguntas. A continuación, presentamos algunas de las características principales de la muestra de cuidadores seleccionada al azar, acompañadas de la clave de identificación y que utilizamos con posterioridad para dar a conocer algunas de sus opiniones referidas a las características del trabajo que llevan a cabo y, especialmente a sus expectativas sobre el mismo.

TABLA 31

N.º Clave	Características del entrevistado		
CU-1	Edad: 55 Tiempo en España: 24 meses Situación regularización: Con papeles hace dos años Modalidad de prestación servicios: Interna Ingresos por actividad: 600 €/ mes	Sexo: Mujer	Origen: Rumanía
CU-2	Edad: 58 Tiempo en España: 8 meses Situación regularización: Sin papeles Modalidad de prestación servicios: Externo, por horas (72 horas semanales) Ingresos por actividad: 450 euros mes	Sexo: Mujer	Origen: Rumanía
CU-3	Edad: 42 Tiempo en España: 22 meses. Situación regularización: Sin papeles Modalidad de prestación servicios: Externo por horas (50 horas) Ingresos por actividad: 720 euros mes	Sexo: Hombre	Origen: Colombia
CU-4	Edad: 56 Tiempo en España: 7 meses Situación regularización: Sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Ingresos por actividad: 550 euros mes	Sexo: Mujer	Origen: Ecuador
CU-5	Edad: 40 Tiempo en España: 7 meses Situación regularización: Sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Ingresos por actividad: 550 euros mes	Sexo: Mujer	Origen: Ecuador
CU-6	Edad: 38 Tiempo en España: 5 años Situación regularización: Regularizado con contrato de trabajo Modalidad de prestación servicios: Interno Ingresos por actividad: 600 euros mes	Sexo: Hombre	Origen: Ecuador
CU-7	Edad: 37 Tiempo en España: 30 meses	Sexo: Mujer	Origen: Ecuador

	<p>Situación regularización: Indocumentada Modalidad de prestación servicios: Interna Ingresos por actividad: 600 euros</p>		
CU-8	<p>Edad: 24 Sexo: Mujer Tiempo en España: 24 meses Situación regularización: Sin papeles Modalidad de prestación servicios: Por horas. 30 horas semanales Ingresos por actividad: 400 euros</p>	<p>Origen: Colombia</p>	
CU-9	<p>Edad: >45 Sexo: Mujer Tiempo en España: 16 meses Situación regularización: Con papeles. Contrato de la Seguridad Social Modalidad de prestación servicios: Interna Ingresos por actividad: 840 euros</p>	<p>Origen: Ecuador</p>	
CU-10	<p>Edad: 29 Sexo: Mujer Tiempo en España: 28 meses Situación regularización: Sin papeles Modalidad de prestación servicios: Externa Ingresos por actividad: 600 euros</p>	<p>Origen: Ecuador</p>	
CU-11	<p>Edad: 42 Sexo: Mujer Tiempo en España: 15 meses Situación regularización: Con papeles. Contrato Modalidad de prestación servicios: Por horas. Ingresos por actividad: 600-800 euros</p>	<p>Origen: Ecuador</p>	
CU-12	<p>Edad: 42 Sexo: Mujer Tiempo en España: 36 meses Situación regularización: Sin papeles Modalidad de prestación servicios: Externa. 12 horas diarias Ingresos por actividad: 800 euros</p>	<p>Origen: Rusia (Moscú)</p>	
CU-13	<p>Edad: 37 Sexo: Mujer Tiempo en España: 2 meses Situación regularización: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Ingresos por actividad: 600 €/mes</p>	<p>Origen: Rumanía</p>	
CU-14	<p>Edad: 25 Sexo: mujer Tiempo en España: 16 meses Situación regularización: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Externa (45 horas/semana) Ingresos por actividad: 400 €/mes</p>	<p>Origen: Ecuador</p>	
CU-15	<p>Edad: 38 Sexo: mujer Origen: Ecuador Tiempo en España: 13 meses Situación regularización: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Externa por horas (30 h/semana) Ingresos por actividad: 400 €/mes</p>		
CU-16	<p>Edad: 68 Sexo: mujer Tiempo en España: 48 meses Situación regularización: Regular con papeles Modalidad de prestación servicios: Externa (tiene al mayor en su domicilio) Ingresos por actividad: 800 €/mes</p>	<p>Origen: Colombia</p>	
CU-17	<p>Edad: 27 Sexo: mujer Tiempo en España: 8 meses Situación regularización: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Ingresos por actividad: 600 €/mes</p>	<p>Origen: Ecuador</p>	

CU-18	Edad: 24 Tiempo en España: 20 meses Situación regularización: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Ingresos por actividad: 720 €/mes (libra sábados y domingos)	Sexo: mujer	Origen: Ecuador
CU-19	Edad: 53 Tiempo en España: 23 meses Situación regularización: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Externa (30 horas semana) Ingresos por actividad: 275 €/mes	Sexo: mujer	Origen: Colombia
CU-20	Edad: 57 Tiempo en España: 18 meses Situación regularización: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Ingresos por actividad: 720 €/mes	Sexo: mujer	Origen: Ecuador
CU-21	Edad: 32 Tiempo en España: 8 meses Situación regularización: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Externa (25 horas/semana en tres casas) Ingresos por actividad: 692 €/mes	Sexo: mujer	Origen: Ecuador
CU-22	Edad: 49 Tiempo en España: 23 meses Situación regularización: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Ingresos por actividad: 900 €/mes	Sexo: mujer	Origen: Colombia

A continuación, presentamos en un listado de tablas, algunas de las características más sobresalientes que corresponden a la muestra entrevistada

TABLA 32
Sexo de los entrevistados

Sexo	Número	Porcentaje
Mujeres	20	90,1
Hombres	2	9,1
Total	22	100,0

El porcentaje de mujeres que dedican su actividad al cuidado de mayores resulta mayoritario, hasta el punto que representan el 90,1% de la muestra, lo que se correspondería ciertamente con la cifra aproximada de mujeres respecto a los hombres que se dedican a la actividad.

Como podemos observar, la edad de las personas entrevistadas, y a primera vista, se corresponde con un perfil de una mujer de más de 30 años (el 77% de la muestra) que con toda probabilidad desarrolla la actividad debido especialmente a dos circunstancias: 1) por la dificultad de encontrar otro tipo de trabajo debido a la edad; 2) porque las familias comienzan a preferir una mujer cuidadora que no corresponda al de una jovencita que puede tener más dificultades en el cuidado y que soportará con más dificultad las prolongadas jornadas dedicadas al cuidado de la persona mayor.

TABLA 33
Frecuencias de edad

Edad	Número	Porcentaje
Hasta 30 años	5	22,7
31-40 años	6	27,3
41-50 años	5	22,7
51 y más años	6	27,3
Total	22	100,0

TABLA 34
País de origen

País de origen	Número	Porcentaje
Rumanía	3	13,7
Colombia	5	22,8
Bolivia	1	4,5
Ecuador	12	54,5
Rusia	1	4,5
Total	22	100,0

La procedencia de los cuidadores de personas mayores dependientes podría corresponderse perfectamente, con la de la población inmigrante que desarrolla su actividad en el sector servicios en nuestra comunidad. Así, más de la mitad de las personas entrevistadas, procede de Ecuador, seguida de las que proceden de otro país latinoamericano y que ya se encuentran instalados entre nosotros desde hace más tiempo, se trata de Colombia. Sigue a continuación el caso de Rumanía, que en nuestra comunidad autónoma, tiene una fuerte implantación, especialmente en la provincia de Castellón. Finalmente, Bolivia y Rusia cuentan también con representación en esta muestra, si bien con tan sólo una persona entrevistada de cada una de estas nacionalidades.

En cuanto se refiere al tiempo que los cuidadores llevan en nuestro país, éste se distribuye de la siguiente manera (Tabla 35):

TABLA 35
Tiempo en España

Frecuencia	Número	Porcentaje
< 12 meses	5	22,7
13-24 meses	9	40,9
25-36 meses	6	27,3
> 36 meses	2	9,1
Total	22	100,0

Como podemos observar, el porcentaje de cuidadores que lleva en nuestro país, más de 36 meses, no llega siquiera al 10% de la muestra. Esta circunstancia nos hace reflexionar sobre un elemento que analizaremos con posterioridad, y es que los inmigrantes cuidadores de las personas mayores dependientes tienen muy claro que desarrollan esta actividad durante un período de tiempo limitado, bien a la espera de un proceso de regularización en nuestro país, bien por que han tenido la posibilidad de desarrollar otro tipo de actividad laboral.

Por cuanto se refiere al proceso de regularización que en la actualidad presentan estos cuidadores, la situación queda como sigue en la tabla 36

TABLA 36
Proceso de regularización

Regularización	Número	Porcentaje
Situación regularizada	6	27,3
Irregular sin documentación	16	72,7
Total	22	100,0

Como podemos observar, el 72,7% de los entrevistados se encuentran en situación irregular, a la espera de un nuevo proceso de regularización que les permita la búsqueda de una actividad o que les permita definitivamente desarrollar la que llevan a cabo en la actualidad de manera legal.

Respecto a la modalidad en la prestación de servicios, diez entrevistados prestan su actividad como internos, es decir, conviven de forma continuada con la persona mayor, gozando de algún día libre, y otros doce como externos, es decir que prestan sus servicios en la casa del mayor, pero regresan a sus propios domicilios a dormir.

En cuanto se refiere a la intensidad horaria, señalar que, en el caso de las internas, el número de horas que dedican a la actividad sobrepasa en cualquier caso un número de horas tolerable para el desarrollo de una actividad estresante como puede ser la atención continuada a una persona mayor en situación de dependencia. Por cuanto se refiere a la modalidad de «externa», el número de horas queda como sigue:

TABLA 37
Intensidad horaria

Horas/semana	Número
Hasta 30 horas	4
31-60 horas	5
Más de 60 horas	3
Total	22

En general, las cuidadoras, aun con una dedicación de jornada muy prolongada (más de 12 horas diarias de atención), prefieren pernoctar en su propio domicilio y gozar del fin de semana libre, dejando el cuidado de la persona mayor a cargo de la familia los sábados y domingos.

Por cuanto se refiere a los ingresos que el cuidador/a percibe por su actividad laboral, éstos se distribuyen del siguiente modo en función de la dedicación a la actividad (interna/externa)

TABLA 38
Ingresos percibidos

Ingresos	Interna	Externa	Total
< 500 euros/mes	—	5	5
501-600 euros/mes	6	1	7
601-700 euros/mes	—	2	2
> 700 euros/mes	4	4	8
Total	10	12	22

Como podemos observar, tan sólo cinco de las personas entrevistadas reciben menos de 500 euros/mes por la actividad específica de cuidado de mayores. Se trata, lógicamente, de las cuidadoras que desarrollan la actividad como externas y en donde la dedicación de horas semanales al cuidado de la persona mayor, se encuentra limitada a unas horas al día. En cuanto se refiere a la frecuencia que se sitúa entre 501 a 600 euros/mes, se observa que un elevado porcentaje de cuidadores entrevistados perciben este tipo de salario por su actividad. Llama especialmente la atención, que se trata mayoritariamente de cuidadores que se encuentran en régimen de internos, y que desarrollan su actividad de cuidado durante las 24 horas del día a excepción del día libre que puedan disfrutar. En este sentido, pensamos que, como veremos con posterioridad, resulta bastante lógico que el inmigrante se sienta explotado por esta situación. Finalmente, ocho de las personas entrevistadas sitúan sus ingresos por encima de los 700 euros/mes, y observamos que estos ingresos se obtienen tanto por parte de los cuidadores que prestan su actividad durante una parte del día (externas) como lo que prestan su actividad las 24 horas.

2.1.2. Forma de contacto con la persona cuidada

Un primer aspecto sobre el que pretendíamos indagar en las entrevistas realizadas a los cuidadores, estaba centrado en la toma de contacto de éstos con la familia o la propia persona mayor en situación de dependencia que tenía que atender.

Con anterioridad, ya hemos podido observar a través de las entrevistas realizadas a informantes clave, como según su personal visión situaban a las propias redes de los inmigrantes en nuestro país como la primera y más importante forma de contacto de éstos con los futuros clientes o las personas mayores a cuidar.

De igual manera, algún trabajo realizado con anterioridad y relacionado con los objetivos de la presente investigación (Eurodoxa, 2001), se señalaba igualmente que la incorporación a esta actividad se suele realizar a través de relaciones personales más que por medio de cauces de contratación en el mercado y que así sucede incluso en las empresas especializadas en la atención a mayores. Se comprende que este conducto personalizado sea el más habitual para el servicio doméstico.

Definitivamente, nuestros resultados apuntan en el mismo sentido. Veamos en la tabla que sigue a continuación, cómo los propios inmigrantes relatan la manera en que contactaron con la persona a la que prestan sus cuidados en la actualidad.

TABLA 39

Modo de contacto con la persona cuidada

Modo de contacto	Frecuencia
A través de compañeros	10
A través de asociaciones de tipo religioso	6
A través de asociaciones de tipo laico	6
Total	22

Como podemos observar, efectivamente, el 45% de los cuidadores entrevistados han establecido el contacto con la persona que cuidan a través de lo que hemos venido denominando «las propias redes de los inmigrantes» en nuestro país, y que proporcionan un verdadero apoyo a los nuevos inmigrantes que van llegando. Veamos algunos ejemplos:

Sí, había un compañero mío, que no lo conocía, que era de Colombia y lo estaba cuidando. Este señor llevaba poco tiempo allí, llevaba prácticamente tres meses, pero luego él se tuvo que marchar a Colombia porque tenía a su señora allí y a sus hijos y bueno, entonces ya me dejó ese puesto a mí (CU-3).

Esta suele ser una situación típica de contacto: alguien que está cuidando a una persona mayor, bien porque decide cambiar de actividad, bien porque decide regresar a su país, posibilita que otro inmigrante se decida a comenzar a realizar esa tarea y se inicie en el desarrollo de una actividad laboral en nuestro país

Bien, llegué a este trabajo, pues, por motivos de que tuve contacto por medio de un familiar mío que se comunicó con la esposa del señor que yo atiendo. Y este familiar mío me lo comunicó porque como yo estaba buscando un trabajo y en vista de que tengo experiencia en el mismo, lo agarré el trabajo y aquí estoy (CU-6).

Por una amiga que me dijo que si quería trabajar cuidando a los señores que cuido ahora. Llegó el verano y yo estaba cuidando a unos abuelitos anteriores y me quedé sin trabajo y le comenté a una amiga mía, otra chica colombiana, «hay mira que me quedé sin trabajo, entonces si te enteras de algo me avisas, que me quedé sin trabajo». Entonces ella fue a mi casa al otro día y me dijo:

«Hay, que mira, que por ahí hay un trabajo de cuidar unos abuelitos» y me presentó la señora y ya. Desde ese día estoy trabajando allá (CU-8).

En este caso, y como observamos en las dos entrevistas anteriores, aunque el contacto se establece a través de amigos, los cuidadores, ya han realizado esta actividad con anterioridad y esto facilita un posible trabajo posterior con mayor inmediatez.

La segunda opción de contacto del inmigrante con la persona mayor o la familia, se establece a través de asociaciones de tipo religioso o laico. Como hemos podido observar en la tabla 39, el 55% de los entrevistados, señalan esta forma de contacto como inicio del desarrollo de su actividad. Prácticamente, el 50% de los entrevistados que señalan esta opción se reparten entre asociaciones de tipo religioso y asociaciones de tipo laico. En realidad, este tipo de organizaciones, en su pretensión de ayudar a regularizar el proceso de estancia de los inmigrantes en nuestro país, se han convertido en mediadores privilegiados entre el inmigrante (muchas veces en situación irregular) y las familias o los propios mayores necesitados de cuidados, asumiendo una realidad que no puede ser contemplada por la propia Administración.

En nuestra comunidad, e imaginamos que al igual que en el resto de comunidades de nuestro país, existen organizaciones de tipo religioso y de tipo laico que desarrollan estupendamente esta labor de mediación. Veamos algunos ejemplos de asociaciones de tipo religioso:

Te cuento, estuve buscando para acá y para allá, luego llegué a un convento de unas monjitas y ahí pues me entrevisté con esta persona con la que estoy trabajando y ahí estoy (CU-7).

Bueno, yo llegué acá por medio de la parroquia a la cual pertenecemos, en donde hemos llegado a vivir. Y me han recomendado que andaba buscando, justamente, trabajo y tenía yo esa recomendación de que sería más favorable cuidar a unas personas mayores. La cual me recomendaron aquí, en esta casa, y que le estoy cuidando a la señora que tiene Alzheimer (CU-20).

De igual manera, algunas asociaciones de tipo laico, ofrecen la posibilidad de contacto entre el inmigrante y la familia o la persona mayor que necesita de sus servicios. Veamos otros ejemplos de este tipo de contacto:

Pues mira, yo, como soy su primo y sabía que había una Asociación de rumanos, hablé con ellos y pensé: Vamos a pasar por allí y a ver si encontramos algo porque esta gente siempre ayuda. Pasamos por allí y hablamos con una persona de la asociación y me dijo que por ella haríamos algo, que le encontraríamos algo. Pasaron unos días, me llamaron y me dijeron que para mi prima... que necesitaban una interna, como le dije que era enfermera... necesitaban una interna y a ver si podía entender y le pudiese gustar trabajar allí. Pues mira, le presentó a la familia y hablamos con la familia, empezando a trabajar ahí (CU-13).

Hemos querido mostrar la transcripción literal de la entrevista, puesto que se trata de una asociación de la provincia de Castellón, que presta una importante labor de mediación entre los inmigrantes procedentes de Rumanía y que constituyen un importante sector de la inmigración en la Comunidad Valenciana. Como se observa, las dificultades de expresión del lenguaje son muy acentuadas.

Primero fue a través de una oficina para inmigrantes que se llama....., no sé si la conoces. Una persona de esta asociación ha buscado para mí este trabajo, porque a él le contaron una profesora de

inglés que tienen, para que cuidara a su madre que está enferma y él me ha dicho «habla con ella», y me quedé con ella en el hospital. Después, su marido quedó bastante enfermo, después que el marido se enfermó ellos me dijeron si quería quedarme con ellos en la casa, que ellos están solos y no tienen a nadie que les cuide, para que les haga las cosas de la casa y que les acompañe (CU-12).

Esta labor de contacto inicial, que en ocasiones se establece para dar solución puntual a un problema, puede convertirse como observamos en una actividad de futuro para los inmigrantes, especialmente cuando éstos se encuentran de forma irregular en nuestro país.

2.1.3. Motivos por los que desarrollan este tipo de actividad

Las motivaciones expresadas por las/los entrevistados por el cual se dedican a desarrollar esta actividad son variados, pero especialmente aglutinados alrededor de una «necesidad principal»: la económica, que esta y no otra ha sido la causa principal por la que han tenido que abandonar sus países y buscar un nuevo horizonte en sus vidas que les permita vivir con dignidad. Veamos algunas de estas motivaciones y que comentaremos a continuación

TABLA 40

Motivaciones principales por las que desarrollan la actividad

Por necesidad
Por pagar deudas en el país de origen
Por las dificultades en encontrar trabajo
Para ayudar a la familia en el país de origen
Por encontrarse en situación irregular
Porque ya habían realizado este trabajo con anterioridad
Porque les gusta cuidar a personas mayores

Como veremos por las transcripciones de las entrevistas, en realidad se entremezclan toda una serie de motivaciones por las cuales un numeroso grupo de inmigrantes en nuestro país están realizando una actividad de cuidado a personas mayores.

Bueno, son más de dos o tres problemas. La primera es que para nosotros los extranjeros es muy difícil buscar trabajo. Para nosotros es difícil porque necesito tener algo de dinero para comer. Cuando no podemos trabajar nada, para nosotros es muy malo porque no tenemos dinero para pagar el alquiler, para comer. Por esto, la primera vez no pensé en qué quería trabajar, pensé buscar un trabajo para sobrevivir, porque yo soy una persona que quiero trabajar de forma correcta, que quiero trabajar para ganar dinero, para vivir decente, es muy difícil para nosotros (CU-1).

Quizá sea en esta entrevista donde se expresa de forma más humana el motivo principal por el que muchos inmigrantes se deciden a trabajar en el cuidado de personas mayores. Como expresa la misma entrevistada: «Para sobrevivir».

En otras ocasiones, y aún a pesar de las motivaciones iniciales, la cuidadora termina por aceptar como motivación principal el interés por el cuidado de la persona mayor y el desarrollo de la actividad como una fuente de satisfacción personal.

En primer lugar es por mi hija, por ayudar a mi hija, porque la situación allá en el Ecuador está muy mala, y es otra por... Si estoy trabajando así interna es porque aparte de que me gustan los abuelos, me... cómo te digo... se ahorra una el alquiler, la comida, ya... y también ayudo a mi hermana, mis hermanos allá en Ecuador económicamente, envío dinero.

Sí, sí, yo me siento muy bien haciendo este tipo de trabajo o incluso si la abuela está triste o está alegre... Si está triste, me pongo triste yo también... Porque, aparte de que... cómo te digo... Tú estás ganando dinero, ¿verdad?, pero no es tanto por el dinero, quiero decir... hay veces que tú les coges cariño a las abuelas... bueno, yo les he cogido mucho cariño igual a mi otra abuela que yo digo, porque siempre la suelo ir a visitar (CU-18).

Lo cierto es que en una significativa proporción las cuidadoras responden que se dedican a la actividad simplemente para resolver una situación puntual, y que realmente lo hacen porque no tienen otro remedio.

Si te soy sincera, pues que se me presentó la oportunidad y lo necesitaba. Aunque al principio no me gustaba, bueno, no me gusta todavía, porque la verdad, no me gusta cuidar ancianos y menos si son extranjeros, personas diferentes (CU-10).

Bueno, el motivo principal, porque soy ilegal. Porque no me queda de otra, y porque, bueno, y por eso. Claro tienes que trabajar en lo que hay porque si no cómo puedes aportar, allá quedaron dos hijos, mi esposo, mi madre, y tienes que aportar dinero (CU-7).

Esta última reflexión nos introduce en uno de los motivos principales de la dedicación a este tipo de trabajo por parte de ciudadanos inmigrantes. Se trata, de la necesidad de ayudar a la familia que ha quedado en su país, o bien hacer frente a las deudas pendientes en el mismo.

Entonces como yo estaba tan angustiada en trabajar porque las deudas que tenía que pagar, imagínate, entonces, bueno el mensual no estaba tan de acuerdo, pero le dije a mi hermana me voy, me voy, me voy. Y me vine a trabajar aquí.

Allá, a quien me prestó dinero allá en Ecuador. Entonces tenía que mandar ese dinero para allá. Y por eso mi desesperación trabajar donde sea. Y para pagar esas deudas porque estaba endeudada con 1.200 dólares y para mí eso era mucho (CU-15).

Finalmente, en la transcripción de la siguiente entrevista se deja entrever finalmente la situación real que provoca la llegada masiva de inmigrantes a nuestro país, y cómo se ven abocados a aceptar un trabajo que si bien no les proporciona como veremos posteriormente demasiadas satisfacciones, sí resuelve, en cambio, una serie de problemas en su país de origen.

Bueno la razón principal fue que, en nuestro país, la burocracia de los malos gobiernos que cada cuatro años van cambiando de gobierno y cada turno, va dejando en quiebra el país. La razón, es porque, hija, desgraciadamente, los años que yo trabajé en mi país, el dinero que yo trabajé, lo deposité en un banco y ese banco quebró. Y se robaron todo el dinero. Y ahora estoy volviendo a empezar de cero, después de haber trabajado 26 años en la seguridad social, cogiendo una jubilación, para depositar en un banco todo el dinero que gané y me lo robaron. Esa es la razón principal por la que estoy aquí, pero no me da vergüenza, sigo trabajando, con la frente muy limpia y adelante, que ese es mi orgullo, es el interés de seguir adelante hasta que Dios me dé vida (CU-9).

2.1.4. Características de la persona mayor que cuidan

A fin de analizar la sobrecarga de cuidados que supone la atención a personas mayores en nuestro país, analizamos en este apartado, las características de los mayores que cuidan las personas entrevistadas.

En ocasiones resulta verdaderamente difícil saber con exactitud el trastorno por el que puede verse afectado la/las persona/s mayor/es que tiene a su cargo la cuidadora/cuidador. No obstante, señalamos en una tabla que sigue a continuación, las principales afecciones que relatan los entrevistados que padecen los mayores.

TABLA 41

Principales patologías de las personas mayores que cuidan

Enfermedad de Parkinson
Enfermedad de Alzheimer
Demencias de tipo diverso
Trastornos cerebrovasculares
Depresión
Artrosis
Diabetes (ceguera)
Movilidad reducida (necesidad de utilización de sillas de ruedas)
Trastornos propios de la edad (muy envejecidos)

En realidad, las enfermedades neurodegenerativas (demencias y Parkinson) constituyen las principales patologías por las que se ven afectados los mayores que atienden nuestras cuidadoras, seguidas de los que padecen trastornos osteoarticulares, que dificultan el movimiento y que en una gran mayoría de veces obligan al traslado de la persona mayor en silla de ruedas.

Veamos las situaciones de sobrecarga que pueden repercutir en el cuidador, como consecuencia de las atenciones de cuidado que hay que ofrecer a la persona mayor, debido a la situación de incapacidad por la que éste puede verse afectado:

Él ha estado ingresado en el médico, empezando porque él tiene la enfermedad de Parkinson y ciertas cosas más. Él no se puede valer por él mismo, tiene que ser como un niño pequeño. Uno ducharlo, bañarlo, darle las comidas, el desayuno, todo hay que dárselo. Hay que bañarlo, hay que afeitarlo, todo, todo hay que hacerlo uno mismo personalmente (CU-3).

Los problemas de salud de... muy delicados, ¿sabes? Hay que cuidarla todo el día, por la noche, las 24 horas del día. Ella tiene Parkinson (CU-7).

Es portadito, o sea está mal de las piernas, no puede caminar (CU-7).

Esta persona que yo cuido tiene un accidente vascular, trombosis cerebral, no puede hacer nada, no puede andar, ella necesita una persona que le cuide 24 horas, 24 horas... (CU-1).

Como podemos observar por sus declaraciones, se trata en general, de personas mayores que necesitan atención de forma continuada, y como ellos mismos expresan necesitan que les cuiden 24 horas al día, tal y como se recoge en un excelente manual referido a la atención a pacientes con demencias (Mace y Rabins, 1991). No resulta por tanto extraño que muchas familias hayan recurrido a la ayuda de alguna persona que pudiera atender a sus familiares mayores y que necesitan de una atención continuada para vivir con un mínimo de calidad de vida.

En alguna ocasión, los cuidadores han sido partícipes de la propia evolución del mayor que los va situando finalmente en una situación de discapacidad irreversible y que va provocando en los mismos una situación de frustración continuada pero a la cual hacen frente con verdadera profesionalidad.

«La señora... tiene Alzheimer. Y bueno, pues, cuando yo estoy por los dos años, cuando entré recién la señora era muy lucida, muy tranquila, muy amigable, pero conforme va avanzando el tiempo va cambiando su carácter, va quitando sus voluntades de ayudarme en el baño y en todas esas cosas pero en todo caso, yo me siento bien, y lo voy conociendo de paso (CU-20).

En ocasiones, los cuidadores relatan la fuente de apoyo que las propias personas mayores cuidados suponen para el cuidador. Se trata de un signo de reciprocidad, que quizá constituya uno de los únicos refuerzos que recibe el inmigrante en su actividad de cuidador.

Con quien tengo más relación es con él, porque hablamos mucho. Él me deja libros, me cuenta cosas. Claro que los dos son muy cariñosos. Cuando yo me deprimó ellos me dan ánimos y me dicen: tú no te afanes que estás bien y tienes que estar mejor para que tus hijos estén bien (CU-21).

2.1.5. Actividades de cuidado que realizan y grado de satisfacción/insatisfacción

Aunque ya en el análisis de la categoría anterior hemos observado el grado de satisfacción o rechazo frente a alguna de las actividades de cuidado que desarrollan los inmigrantes, en este caso pretendemos indagar de forma directa el conjunto de actividades de cuidado que llevan a cabo y qué tipo de actividades realizan de forma satisfactoria o con mayor rechazo. A continuación presentamos un listado de las actividades que llevan a cabo:

TABLA 42

Actividades de cuidado que realizan los inmigrantes cuidadores

Aseo personal del mayor (baño o ducha, peinado, cambio de ropa, cortar las uñas, cambio de pañales, etc.)

Limpieza y mantenimiento de la casa

Elaboración de comidas para el mayor y ella misma

Realización de compras para el mantenimiento de la casa

Acompañamiento al médico con la persona mayor a visitas periódicas, o bien a recoger las recetas para comprar la medicación

Tareas de acompañamiento (evitación de la soledad)

Paseos con la persona mayor fuera de la propia vivienda

Llama la atención que aunque en nuestra muestra han participado dos hombres, las actividades de cuidado que realizan no difieren absolutamente de las de las mujeres:

Uno ducharlo, bañarlo, darle las comidas, el desayuno, la comida, la cena, todo hay que dárselo. Hay que bañarlo, hay que afeitarlo, todo hay que hacerlo uno mismo personalmente (CU-3).

Por la mañana, pues lo levanto, le doy la medicina, le hago el aseo, le visto, luego le doy el desayuno y luego le saco a caminar, pues si lo veo que está en condiciones de caminar lo saco por las calles y si no está en condiciones lo hago caminar aquí en el piso, y luego, pues converso con él, me dedico a él. Si tenemos un chiste nos lo contamos, es una relación, digamos, de cómo un padre con un hijo o como de un amigo o así (CU-6).

Preguntados los cuidadores respecto al grado de satisfacción por las actividades que realizan, las respuestas nos indican que, en general, realizan con mayor satisfacción: las actividades de cuidado de la casa, los paseos con el anciano y las situaciones de acompañamiento y charlas con la persona mayor:

Lo que más me gusta es conversar con él, que me cuente sus anécdotas, sus experiencias como mayor, como persona mayor que es, que me aconseje como yo joven que soy. Eso es lo que más me gusta (CU-6).

Lo que más me gusta es mantener una casa limpia y acompañarle a ella (CU-17).

Me gusta limpiar la casa, me gusta tener una casa con muchas flores, muy bonita. Me gusta dar paseos con ella pero me es un poco difícil porque en el piso donde trabajo tiene escaleras (es un piso sin ascensor) y ella va todo el tiempo en silla de ruedas y sólo bajamos cuando ayudan dos o tres persona (CU-1).

Respecto a las actividades de cuidado que realizan con un mayor grado de insatisfacción consisten especialmente en las a veces desmesuradas reacciones del mayor con la cuidadora, fruto en muchas ocasiones del propio proceso de frustración de la persona mayor o como consecuencia de las patologías que padecen. En ocasiones, la expresión de rechazo general frente a la actividad que desarrollan es evidente:

No me gusta realizar ninguna actividad. Ninguna. Sinceramente ninguna. La verdad, estoy un poco desesperada ahí, pero necesito el trabajo y es por eso que estoy (CU-10).

Las interrupciones del sueño son uno de los aspectos que los cuidadores relatan como más molestos entre las actividades de cuidado del mayor:

Lo que menos me gusta, digamos que es cuando él por las noches se pone un poco fastidioso, entonces a cualquier persona le perturba el sueño (CU-6).

Pero, probablemente, sean las situaciones de intolerancia de la persona mayor las que acarrearán un mayor desgaste en el cuidador:

Lo que menos me gusta es cuando ella se pone nerviosa y le gusta mandar. Yo soy una persona que tengo una personalidad, que me gusta hacer todo sin mandar. Yo pienso que ahora donde yo trabajo esa es mi casa, mi profesión. Sin mí esa casa es nada (CU-1).

Siempre está preguntando. María ¿dónde está mi hija? Todo el día así. Pero entonces hay que estar tranquila, tengo que ser fuerte, porque se necesita paciencia. Pero siempre está buscando cosas por hacer (CU-12).

2.1.6. La formación en conocimientos para el cuidado de la persona mayor dependiente

Pretendíamos indagar sobre la formación previa que pueden tener los cuidadores para hacer frente en muchas situaciones a algunos aspectos delicados que requieren de al menos una mínima formación. Nuestra hipótesis es que esta falta de formación, unida en ocasiones a situaciones de sobrecarga emocional, podrían conducir en ocasiones, incluso, a situaciones de agresividad con la persona mayor que cuidaban o bien a situaciones de negligencia con el mismo.

Efectivamente, la formación para desarrollar esta actividad con eficacia es uno de los aspectos más delicados que apuntaremos oportunamente en nuestras conclusiones. Las cuidadoras se guían, en general, por sus propias experiencias. Veamos algunas de las respuestas de los entrevistados ante la pregunta directa sobre su formación previa:

He aprendido con el tiempo, con la edad, porque yo ya soy mayor. Y me lo he aprendido porque he cuidado también niños y he cuidado a mi mamá (CU-4).

Uno ya se da cuenta como cuidarle a una persona mayor, ¿no? No, curso no he realizado (CU-5).

Bueno un curso no, un curso no, pero he tenido experiencias. He tenido que trabajar pero, o sea, he estado con familiares, para que me entiendas (CU-7).

Es que eso nace, yo creo que mire... Yo cuidé a mi abuela, duró 115 años, yo era su nieta preferida, soy la hija preferida de mi padre y a mí me gusta. Mis amigos son personas mayores (CU-16).

No nunca. Ni me ha gustado nunca. Lo que he aprendido ha sido aquí. Sí sé que tengo carencias. Me gustaría saber sobre las medicinas que ella necesita, las que toma. Sé para qué sirven unas medicinas, pero no todas (CU-10).

(Esta respuesta es dada por la intérprete que responde a las preguntas de la entrevistadora previa exposición de la entrevistada que es una joven recién llegada de Rumanía)

No tiene una formación especial, no tiene ningún título. Tiene una escuela de la vida, porque allí en Rumanía ha cuidado a su familia, a su padre, a su madre, que han tenido muchas cosas y tiene una gran experiencia de la vida (CU-2).

Al hilo de esta entrevista, queremos apuntar un elemento que nos parece en ocasiones preocupante. Se trata de la dificultad de adaptación al idioma de algunas cuidadoras (especialmente las que proceden de los países del este de Europa como Rumanía, Ucrania o Rusia), y la posibilidad básica de entenderse adecuadamente con la persona cuidada.

De cualquier modo y excepcionalmente hemos encontrado alguna cuidadora que incluso ha cursado y ejercido la medicina en su propio país, y que ante la espera de un proceso de regularización, tuvo que dedicarse a cuidar mayores y todavía lo hace en la actualidad

Yo soy médico primario en medicina interna, ahora estoy con los papeles para que se me homologue y colegiarme en el Colegio de Médicos. Ya he empezado un curso de Geriatría, y me quiero dedicar a esta actividad en el futuro (CU-1).

2.1.7. Las relaciones con la familia de la persona mayor

En este apartado intentamos aproximarnos al conocimiento de un aspecto que nos parece importante por cuanto se refiere al sistema de relaciones que rodean la vida de la cuidadora tanto en sus relaciones con la persona mayor que cuida como con la familia de éste. Al mismo tiempo, deseábamos conocer si la familia seguía manteniendo relaciones de interés con la persona mayor, o si bien una vez contratados los servicios de un cuidador relegaba en éste toda la responsabilidad de cuidados.

En general podemos indicar que las relaciones que establece la cuidadora con la familia suelen ser buenas. Veamos algunos ejemplos:

Son muy correctos conmigo, gracias a Dios. No tengo queja de ellos. Muy correctos con el pago, son muy puntuales y sé que muy correcto lo que me están pagando a mí y me siento muy agradecido con ellos (CU-3).

Muy bien, muy bien, somos solamente los tres. Aquí convivo con ellos, los tres, la señora y el par de esposos. Muy bien, yo me siento muy bien (CU-20).

Ellos son muy buenos, no se meten para nada, son muy considerados. Están encantados con mi trabajo, con la relación que tenemos. Pero yo creo que yo estoy muy bien, porque conozco gente que de verdad se lo pasa mal con las abuelas que cuidan (CU-11).

En ocasiones, el grado de satisfacción con la relación familiar se ve empañado por un sentimiento de explotación debido al bajo salario que la familia ofrece a la cuidadora:

«Económico, económico, digamos que no estoy tan a gusto económicamente porque no me pagan... hago todo, digamos, la cocina es lo que no hago. De ahí no me pagan como es, que

me pagan muy poco para mí, que a mí yo pienso eso que los 550 euros no me alcanzan porque mira si yo mando unos 100 euros al mes, que ahora el euro está igual que el dólar, que allí en Ecuador es el dólar, imagínate qué me queda, o sea, no rinde. Entonces no estoy tan de acuerdo con ese mensual (CU-5).

Sí, contenta sí estoy. Si estoy un poquito mal es por el sueldo, que me pagan muy poquito y casi no me alcanza para vivir. Si no fuese por mi marido no podría vivir aquí. Me pagan 45.000 ptas al mes. El mes eso es 275 euros el mes (CU-19).

Veamos un caso, donde el sentido de explotación de la familia hacia la cuidadora resulta latente. Lo explica una cuidadora que habla sobre su anterior trabajo:

La nieta me pagaba mensualmente 40.000 ptas. y yo tenía que estar por las tardes y cuando ella quisiera. Entonces le dije yo: tales y tales días acordamos porque yo necesito trabajar más, porque con 40.000 yo no puedo vivir y necesito mandar a mi país. Dice: es que yo no tengo más. Le digo precisamente, como usted no tiene más, yo tengo que ocupar el día que me queda libre y las mañanas. Yo no había conseguido otro trabajo, cuando ella me llama y me dice que me necesita ya. Y esa noche, cuando yo le dije que no, ¡esa niña me dijo misa! Y vea, yo no soy grosera pero le dije: para que salgamos mal mejor me voy (CU-22).

Como apuntábamos anteriormente, en este apartado hemos intentado recoger también la opinión del grado de preocupación de la familia por las personas mayores cuidadas, ahora que contaban con la colaboración de un cuidador para atender al mayor. Veamos algunas de las respuestas de las cuidadoras entrevistadas en este sentido

Sí, muy excelente, o sea son todos buenos. Si todos le prestan muchísima atención (CU-15).

Todos, todos. O sea, todos los días viene uno o a veces coincide que vienen los dos o los tres, uno viene por la mañana, por las tardes, por la noche, o sea, todos están alrededor. O sea, es lo que más a mí me ha llenado, o sea que no está sola, sino que están sus hijos pendientes todos. Y son muy cariñosos con ella, y eso es algo muy bonito (CU-17).

Veamos a continuación, dos ejemplos no tan positivos, y en donde sí se denuncia por parte de la cuidadora el abandono parcial al menos por parte de la familia. La transcripción de la entrevistada CU-16 corresponde al caso de una cuidadora, cuya familia, de Madrid, traslada a la anciana a Valencia para que reciba atención en casa de la propia cuidadora.

Sí, se ha desentendido del todo. Y está muy contento porque sabe que su madre está bien cuidada. Y no se preocupa de nada, sólo de su vida. No se preocupa de su madre, no debería ser así. Ha dejado todo para mí (CU-1).

La que la cuida, que me aterró no le dio ni un beso cuando vino a verla. Me la entregó y vino a recibir la nuevamente y no le dio ni un beso siquiera. Ni un «¿cómo estás, mamá? Yo sé que tú estás muy bien aquí porque allí todos los días me hablas de...» (CU-16).

2.1.8. ¿Cómo se sienten realizando la actividad de cuidadores de personas mayores?

En este apartado presentamos los sentimientos reales que experimentan los cuidadores. Los entrevistados han intentado recoger con sus preguntas, a veces de forma directa, cómo se sienten en realidad en nuestro país, realizando una actividad que, como ellos mismos indican en alguna ocasión, no quieren realizar los propios trabajadores españoles.

Comenzaremos por presentar las sensaciones de dos cuidadoras, con una verdadera frustración personal, debido a que poseyendo estudios superiores (una de ellas es médico y la otra, analista y programadora de sistemas informáticos), no han tenido más remedio que dedicarse a la actividad de cuidado de personas mayores para seguir permaneciendo en nuestro país

No, no me encuentro realizada. Para mí, es sólo un trabajo que no es muy digno de mí, porque yo quiero trabajar en mi profesión. Yo trabajo en esto por necesidad, para vivir, porque no hay otra solución. Yo hablo varios idiomas, yo soy una persona que me encanta trabajar, pero no estar en casa encerrada, yo soy una persona muy abierta. Para nosotros eso está muy mal porque una persona que viene aquí no viene porque le gusta, viene porque tiene muchos problemas en la vida. Por ejemplo, yo soy médico.

Inferior, me siento inferior, porque yo no he estudiado para estar con una mujer en casa, para estar sirviendo, no me encuentro bien. Para vivir necesito trabajar, porque sin dinero no puedo vivir (CU-1).

Todo es hacer dinero. Claro que el dinero es importante para hacer salir, disfrutar, pero yo pienso que esto que estoy haciendo es un paréntesis en mi vida, yo espero hacer algo más y me siento capaz, me siento con fuerzas. Yo soy analista y programadora en sistemas, me faltó un año para terminar Economía. Trabajé 22 años en un banco en Colombia, terminé como jefe de Cartera y Comercio exterior» (CU-22)

Los prolongados horarios en los que desarrollan su actividad laboral, y de nuevo, el sentido de explotación al que se ven sometidos a través de bajos salarios, son recogidos en algunas de las entrevistas que exponemos a continuación

Yo me siento bien, yo me siento bien, y, o sea, que fueran más sensibles, más... que ellos también me entendieran, que las 24 horas que yo paso, que me dijeran bueno hoy tienes día libre y hoy es festivo y ándate, vete ¿no? Pero no, no, no tengo esos días festivos, no tengo festivos, trabajo de lunes a sábado, y los domingos pues salgo a las diez y media.

Porque yo quisiera que aquí la gente sobre todo, la gente que necesita de nosotros, de nuestro trabajo, que tampoco, no quisiera que nos exploten de esa manera...

Entonces es una explotación, y yo creo que no he de ser sólo yo, sino mucha gente, y ahora como dicen, a ellos que les importa si va una, viene otra, y la gente ya se acostumbra a estar con una y con otra. Entonces eso es lo que te puedo decir, lo que yo siento, lo que yo quiero decirte (CU-5).

Realizando este trabajo, como te decía anteriormente, el trabajo me gusta, ¿me entiendes? Lo que a lo mejor te sientes un poco mal porque no dispones de horas para irte por ahí a distraerte, a qué sé yo, tienes que estar con esas personas ahí, ahí, pendientes de ellas, día y noche (CU-7).

El agotamiento del cuidador debido a las atenciones de cuidado que tiene que desarrollar en su actividad, unido en ocasiones a la falta de tiempo para atender a la familia o la añoranza de los hijos que en ocasiones quedaron en el país de origen, se entremezclan de forma compleja entre los sentimientos de frustración de las cuidadoras:

Cuando yo me vine tomé la decisión, la amiga mía que estaba acá trabajaba en esto y siempre que la llamaba, «no ella está cuidando a una abuelita», y no sé, yo venía como mentalizada a esto. Yo venía a cuidar abuelitos. Hombre no te niego que no me da mucha tristeza estar lejos de mi país. Y pues a veces pasan cosas que te disgustan, cosas malucas, y digo «no sé qué hago acá metida en esto». De verdad que no son cosas fáciles, pero de algo tenemos que sobrevivir aquí, porque las cosas fáciles no son, fáciles no son (CU-8).

Trabajo todos los días, sábados también y son doce horas diarias... Claro que para mí también es difícil este trabajo, porque tengo niños y casi no los veo, claro que ellos entienden que trabajo para que vivamos bien (CU-12).

Bueno, por lo menos, lo que te decía, tengo trabajo y tiempo para estar con mis hijos. Al principio fue muy duro, porque yo no había realizado un trabajo tan físico, entonces las manos se me cuartearon, llegaba rendida a la casa, me dolía la espalda. Es que yo tenía habilidades para hablar todo el día, pero no para hacer cosas físicas. Ahora estoy contenta porque tengo tiempo para ver a mis niños (CU-21).

También se puede observar una frustración en el trabajo, pero al mismo tiempo una reacción de afectividad por la anciana cuidada, que a buen seguro le ocasiona importantes controversias, a veces difíciles de superar:

Pues no es el trabajo que me gusta. Pero me siento contenta porque la estoy ayudando, porque la señora está muy sola, ella prácticamente no nos tiene sino a la otra chica y a mí, pero es que no es el trabajo para el que yo estudié... Ya aquí estoy, pensando todo el tiempo en ella.

Mi hermano me decía el otro día: ¿Por qué no te animas a dejarla si estás tan aburrida con ella? Si la dejas seguro que consigues trabajo rápido e incluso mejor pagado. Pero yo soy así, sí, sí, y llevamos ya un año y medio en esas.

A lo mejor lo más fácil para mí, es que se muera la señora (CU-10).

2.1.9. Las expectativas de futuro

Analizamos finalmente los aspectos que recogen lo que hemos denominado expectativas de futuro de los inmigrantes que, en la actualidad, están dedicados al cuidado de personas mayores en situación de dependencia en nuestro país. Básicamente, nos interesaba conocer sus expectativas respecto a: 1) cuál sería su postura respecto a la posibilidad de cambio de la actividad laboral que desarrollan actualmente, en el caso de obtener un proceso de regularización, y 2) cuál es su expectativa de futuro respecto a seguir permanentemente entre nosotros realizando un reagrupamiento familiar, o regresar de nuevo a su país en el futuro.

De entre los entrevistados que han respondido con claridad a la primera de nuestras pretensiones, nos encontramos con que:

Cambiarían de trabajo en el caso de conseguir regularizar su situación	10
No cambiarían de trabajo en el caso de conseguir regularizar su situación	6

Así pues, una significativa proporción de cuidadores de la muestra entrevistada, que en estos momentos se encuentran indocumentados, se decantaría por cambiar rápidamente de actividad laboral en el caso de conseguir un proceso de regularización que le permitiera una estancia legal en nuestro país.

Esto que a nosotros, a todas luces, nos parece una pretensión digna y que como cualquier otro ciudadano pueda buscar el trabajo que desea, nos permite reflexionar de igual manera lo que, como veremos a continuación, expresan los propios inmigrantes, y es que la actividad que desarrollan en la actualidad es una actividad que podríamos llamar «de paso», a la espera del proceso de regularización, lo que unido a la escasa capacitación profesional para la actividad específica de cuidado de personas dependientes, nos pone en alerta sobre la necesidad de regular la actividad, pero asegurando que los futuros cuidadores puedan permanecer un tiempo al cuidado de la persona mayor, aun encontrándose en situación regularizada en nuestro país y no se produzcan abandonos de la actividad, dejando sola a la persona mayor, tal y como sucede muchas veces en la actualidad.

Observemos algunos de sus testimonios sobre este posible cambio de actividad:

Eso es lo que quisiera, que halla esa regularización, que si fuera posible legalizarme y traer a mis hijos a estar junto a mí. Poder encontrar otro trabajo a donde tenga tiempo, las tardes de pasar con mis hijos porque así mira, aunque les trajera a mis hijos yo no puedo, mira yo trabajo las 24 horas y ellos no me van a decir, bueno vete, anda a ver a tus hijos, y a la noche con quién duermen (CU-5).

Yo estoy muy contenta de trabajar de interna, pero si tuviese papeles te juro que cambiaría de trabajo (CU-18).

Me gustaría trabajar en una fábrica. Me gusta coser, me encanta coser, pero acá no tengo máquina. Eso sería muy lindo, tener una tienda y hacer yo la ropa, acá o en cualquier parte de España. Ojalá me den los papeles y pueda hacerlo (CU-10).

No pienso trabajar siempre cuidando abuelas, pero mientras tenga los papeles y me pueda ir a resolver mis cosas a Rusia, es lo que tenemos y me siento bien (CU-12).

Respecto a cuál es su expectativa de futuro respecto a seguir permanentemente entre nosotros realizando un reagrupamiento familiar, o regresar de nuevo a su país en el futuro, nos encontramos con al menos cuatro tipos de respuestas:

Los que responden que desean traer a sus familias e instalarse definitivamente entre nosotros	7
Los que desean ganar algo de dinero y regresar a su país de origen para montar algún negocio o adquirir una vivienda	6
Los que desean volver algún tiempo a su país, pero regresar de nuevo aquí para instalarse definitivamente	3
Los que desean seguir viviendo aquí, pero regularizados para desarrollar cualquier actividad	5

Veamos pues, finalmente algunos ejemplos de uno u otro tipo:

Nosotros hemos tomado la decisión de venir a este país para contribuir con su crecimiento, asumiendo los trabajos que los nacionales ya no quieren hacer y manteniendo el sistema aquí, ahora me explicarás por qué no podemos trabajar legalmente. Yo quisiera trabajar aquí como maestra, incluso mejor que pudiera trabajar como maestra de mis propios compatriotas o de los inmigrantes en general. Ahora me están haciendo los trámites para poder empezar a homologar mi título (CU-21).

Yo quiero tener un trabajito bueno, aparte de la salud, que mi marido y yo podamos tener un trabajito más o menos bueno y que podamos ahorrar para regresarnos a Colombia. Mi idea tampoco es quedarme acá, porque allá tengo a mi hija, a mi nieta, a mi padre, y me hacen mucha falta, de hecho estoy un poco agobiada por eso (CU-19).

No, pues volver a mi país. Yo todo el tiempo le estoy plantando cara a mi marido, de que no nos vayamos a ir sin luchar, de que consigamos algo, que sintamos que tenía sentido estar aquí... Lo de nosotros ahora es plantearnos una meta, cumplir esa meta, tener una meta fija y Señor, pues danos la bendición y vámonos. Nosotros queremos tener el dinero para tener una casa, que no tenemos allá tampoco (CU-8).

Yo pienso hacer una reagrupación familiar porque quiero que venga mi familia aquí, es normal (CU-1).

Bueno en mi caso, muchos deseos de viajar a Colombia pero ver a mi madre y a mi familia que la tengo allí en Colombia. Pero tal vez, como vivir allí no, porque yo espero legalizarme bien acá, tener mi documentación para seguir aquí, seguir luchando hacia adelante (CU-3).

Pues mi futuro en general, ahora mismo, en Ecuador tengo sacado un préstamo, tenía una pequeña empresa allá. Y sacamos un préstamo y me falta todavía para pagar ese préstamo y avanzar un poquito la fábrica de jerseys que tengo allá. Y cuando ya esté un poco mejor la situación regresaré porque tengo allá a mi esposo y mis hijos (CU-17).

Seguiré aquí en este país que me ha abierto las puertas y doy gracias a todos, seguiré aquí (CU-6).

2.2. LAS FAMILIAS

Recurrir a una persona inmigrante como cuidadora de una persona mayor es en la comunidad valenciana un fenómeno suficientemente conocido por las familias. En poco tiempo ha pasado de ser considerado como algo exótico, a ser concebido como un recurso cercano y posible. En el País Valenciano, los servicios sociales, las organizaciones y asociaciones de personas mayores, las instituciones y asociaciones de apoyo social, y las propias asociaciones de inmigrantes, saben lo suficiente del recurso como para dar una imagen bastante compleja y completa de la organización del mismo. Su complejidad quedó demostrada en el momento de analizar la información que nos aportaron los informantes clave y también ha quedado de manifiesto en nuestra particular incursión en la vida familiar de la persona mayor dependiente en el territorio valenciano. En este caso, nuestra atención se dirige hacia la principal institución proveedora de servicios sociales de nuestro país: la familia. Una institución que, como la mayoría de nuestras instituciones, así como nuestra sociedad en su conjunto, ha vivido una acelerada e intensa metamorfosis, cuyos rasgos más

característicos ya hemos descrito anteriormente. En esta ocasión nos interesa conocer la organización que hace la familia y/o la persona mayor del recurso de la cuidadora inmigrante y penetrar de lleno en el terreno de lo íntimo. Los siguientes objetivos constituyen nuestros principales ejes de análisis. Pretendemos conocer hasta qué punto el cuidado satisface las necesidades específicas al tipo de discapacidad que sufre la persona mayor, por lo que 1) preguntamos por los rasgos más importantes de la salud del mismo, por su discapacidad. 2) Analizamos también los motivos por los que se llegó a contratar a la inmigrante. Así mismo, 3) preguntamos a través de qué medios llegaron a conocer la existencia de este tipo de ayuda y de qué modo contactaron con la inmigrante. 4) Averiguamos la intensidad y la frecuencia de relaciones entre el entrevistado, el cuidado y su cuidadora, y, con esta y otras cuestiones, nos acercamos al papel que ejerce la familia. Además, 5) nos interesa saber hasta qué punto son conocedores de los servicios sociales, cuál es la valoración que hacen de los mismos, cómo pesan en la balanza de sus decisiones. Nos introducimos en 6) la valoración del apoyo que aporta la inmigrante, la enumeración de las tareas que realiza, sus facultades, su profesionalidad, los aspectos retributivos, etc. Y finalmente, nos interesa 7) examinar qué opinión tienen del recurso y cuáles son las expectativas que tendrá en el futuro.

2.2.1. Los problemas de salud de la persona mayor

El estado de salud, la gravedad de la deficiencia, la capacidad de autonomía en la vida diaria y la situación de convivencia son factores que determinan el tipo de cuidado que el mayor necesita. La duración de los problemas de salud y la cronicidad de los mismos también influyen en el tipo de atención que se ha de ofrecer. Por otra parte, la organización de la vida de nuestros mayores dependientes puede ser el resultado de un largo proceso de maduración, en el que la persona mayor ha acabado asumiendo su situación y acepta, con más o menos ganas, los ajustes que le son propuestos. O puede, sin embargo, que sea el resultado de la aparición súbita de un problema. En efecto, en las edades longevas, un pequeño accidente puede ser también el desencadenante de problemas serios de discapacidad que requieren de una rápida actuación para atender a quien, hasta el momento, se organizaba perfectamente. Finalmente, la situación de soledad de la persona mayor constituye, en múltiples ocasiones, un problema que requiere de una atención y acompañamientos adecuados. Todos estos son rasgos a tener en cuenta en la atención al mayor discapacitado por parte de una cuidadora inmigrante. Dos razones influyen principalmente en este aserto: por un lado, la especificidad de la atención requerida, el tipo de atención geriátrica y, por otro lado, la calidad del entorno en que se encuentran la persona mayor y su cuidadora, en el que descansan los fundamentos de su relación.

Un pequeño accidente puede castigar enormemente la salud de una persona mayor. En estos casos no hay prevención posible. La atención y el cuidado se han de organizar rápidamente y ello, en ocasiones, requiere de cambios importantes en la vida de los familiares cercanos, movilizar importantes recursos económicos y gestionar el declive psicológico y fisiológico de aquel que súbitamente entra en una situación de discapacidad. Encontrar una ayuda exterior en esas circunstancias constituye una pieza clave para evitar un cierto desmoronamiento de las vidas de los familiares.

Dos o tres meses más tarde, mi madre que se encontraba perfectamente cayó un porrazo, se rompió un brazo y a partir de ahí ya parece que se le desencadenó la enfermedad que tiene, Alzheimer, o sea, demencia senil tipo Alzheimer (FA-15).

Mi madre ha sido una persona muy activa... ella hasta... que murió mi padre, han vivido ellos dos solos y prácticamente ella llevaba la casa aunque ha tenido muchas dificultades en las piernas [...] Entonces ella lo hacía todo y... antes del verano, tuvo una caída, empezó a perder capacidades de desplazamiento y en este momento está encamada y no se mueve absolutamente para nada. Es su principal dificultad. Hará unos diez días tuvo una «crisis de demencia senil» con un descontrol tanto físico como mental y con la medicación adecuada... parece que... va mejor. En este momento, yo creo que no tiene capacidad absoluta de realizar ninguna tarea (FA-14).

TABLA 43

Tipo de discapacidad y tipo de convivencia familiar de la persona mayor dependiente

	Tipo de discapacidad	Convivencia familiar
FA-1	Problemas de movilidad. Dependencia moderada.	Con la familia y cuidadora externa
FA-2	Trombosis, le afecta gravemente a la movilidad. Incontinencia. Dependencia alta.	En su propia casa, con su esposa y con cuidadora externa
FA-3	Alzheimer (2ª fase) problemas de movilidad. Incontinencia. Dependencia moderada.	En su propia casa, sola con cuidadora interna
FA-4	Problemas leves de movilidad. Incontinencia puntual. Dependencia moderada.	En su propia casa, sola con cuidadora interna
FA-5	Problemas muy graves de movilidad. Dependencia alta.	Con la familia, sola con cuidadora externa
FA-6	Problemas de movilidad. Dependencia baja.	En su propia casa, sola con cuidadora interna
FA-7	Parkinson avanzado. Demencia, incontinencia. Dependencia alta.	Con su esposa y un cuidador interno
FA-8	Parkinson. Problemas leves de movilidad (caídas). Dependencia moderada.	Con su esposo y con una cuidadora interna
FA-9	Problemas leves de movilidad. Dependencia baja.	En casa de su hija, nietos y una cuidadora externa
FA-10	Alzheimer. Problemas graves de movilidad. Dependencia alta.	En su propia casa, sola con una cuidadora interna
FA-11	Parkinson. Problemas graves de movilidad. Dependencia alta.	En casa de sus sobrinos, y una cuidadora interna
FA-12	Alzheimer (1ª fase). Dependencia moderada.	En su propia casa, sola con una cuidadora interna
FA-13	Rotura de cadera. Problemas graves de movilidad. Dependencia alta.	En su propia casa, sola con una cuidadora externa
FA-14	Problemas muy graves de movilidad (encamada). Principio de demencia senil. Dependencia alta.	En su propia casa, sola con una cuidadora interna
FA-15	Alzheimer. Dependencia moderada.	En casa de su hija, con una cuidadora interna
FA-16	Demencia vascular. Problemas muy graves de movilidad (encamada). Incontinencia. Dependencia muy alta.	En casa de su sobrino y la familia de éste, con una cuidadora interna
FA-17	Problemas leves de movilidad. Dependencia baja.	En su propia casa, solo con una cuidadora interna

FA-18	Demencia senil. Incontinencia. Dependencia alta.	En su propia casa, sola con cuidadora interna
FA-19	Alzheimer (1ª fase). Problemas leves de movilidad. Dependencia moderada.	En su propia casa, sola con una externa
FA-20	Problemas leves de movilidad y ceguera. Dependencia baja.	En su propia casa, solo con una interna
FA-21	Problemas leves de movilidad. Dependencia baja.	En casa de su hija, con su yerno, nietos y una cuidadora externa

Para muchas personas mayores, sin embargo, la vejez es un proceso largo en el que se van perdiendo gradualmente ciertas facultades que no llegan a afectar absolutamente la capacidad de autonomía. Estas personas pueden necesitar un apoyo constante pero no tan exigente como el que requieren casos de deficiencias graves. En ese contexto, recurrir a una inmigrante cuidadora constituye un soporte en tareas domésticas, un acompañamiento en los paseos o, simplemente, una amistad con la que se combate la soledad.

Bueno, pues, mi padre y mi madre viven aun los dos, son dos personas mayores y entonces pues a parte de las enfermedades que puedan surgir por la edad, mi madre está enferma de Parkinson y mi padre el año pasado tuvo una operación de corazón, que está aquí de puro milagro y entonces, pues, ya han empezado a no poder ellos manejarse la casa, y necesitan a una persona que les ayude (FA- 8).

Pues porque no puedo salir a comprar yo sola, no puedo ir a la peluquería, no puedo ir a varios sitios. Y al estar una chica pues sí, yo me cojo de ella y voy la mar de a gusto con ella (FA-9).

Té vuitanta-set anys, i està bé, però no està com per a estar sol. [...] fins que clar, arribà un moment, que mon pare digué que ell necessitava, que ell estava molt a gust amb la xicona aques-ta, però que ell volia una persona interna, perquè això li dóna més llibertat també.

[tiene 87 años, y está bien, aunque no puede estar solo... hasta que llegó el momento que dijo que, aunque estaba muy a gusto con la cuidadora inmigrante, necesitaba una persona interna porque eso le daba más libertad] (FA-17).

Mi padre sí que sale, le sirve también de desahogo porque por las mañanas mi padre se va a los jubilados y eso pues es una cosa que aunque no quieras él se siente importante y charla, y esto, y ya se descongestiona un poco (FA-8).

En algunas situaciones, la decisión de contratar a un cuidador inmigrante llega después de un largo período en el que la persona que lo ha cuidado ha sacrificado gran parte de sus actividades de ocio, y ha restringido la frecuencia de sus relaciones de amistad. La llegada de un apoyo externo no sólo significa un mayor uso del tiempo sino también la descarga de actividades que requerían de un esfuerzo físico muy intenso. De este modo, el familiar acaba por recuperar un espacio vital propio. Superando las barreras que impedían el normal desarrollo de la vida familiar de los familiares.

Mi marido, pues, una inutilidad total, total, porque empezó con Parkinson hace 23 años. Al principio aún estuvo trabajando, era una persona superinteligente ahora ya también la cabeza también falla y hay parte de demencia, hay parte de todo. No sabe hacer nada, tiene incontinencia, en

fin... A él hay que llevarlo al cuarto de baño, hay que vestirle, hay que desnudarlo. La comida, pues, sin cortarse nada y sin pelarse nada; hay veces que se la mete en la boca y hay veces que acabas dándosela porque te pones nerviosa pero en fin, nada, por su cuenta nada (FA -7).

En la vejez, la discapacidad puede también ser el resultado de un proceso de degradación progresiva desde el inicio de los problemas de salud, en el que a partir de un momento se identifica la necesidad de una ayuda para la realización de tareas que hasta el momento se satisfacía enteramente la persona mayor. Este declive implica el ajuste permanente de la distribución de las tareas: al dejarlas de hacer la persona mayor, tendrán que ser realizadas por alguien. Ello exige una cierta flexibilidad laboral: estar abierto a ampliaciones de horarios, reajustes.

[...] ahora tiene ochenta y seis, entonces tenía ochenta y cuatro. Estaba bien, pero con ciertas limitaciones. Mi madre no se podía hacer todas las cosas: se hacía todo lo suyo, lo personal, pero había que limpiar, hacer la cama, y todas esas cosas. Para eso entró. Entró con un horario de cuatro horas. Después mi madre tuvo un problema de rodilla, y le ampliamos el horario a seis horas. [...] Y ahora [operada de la cadera] le he ampliado el horario a siete horas; a un poquito más de siete horas (FA-13).

La entrada en casa de una cuidadora plantea importantes retos para la convivencia. Son muchas las horas que han de pasar juntas la cuidadora inmigrante y la persona mayor. Además, dependiendo de la discapacidad que sufra la persona mayor serán más o menos importantes y numerosos los aspectos íntimos que tendrá que compartir. No todas las personalidades son capaces de aceptar con facilidad que necesitan compartir ciertos problemas relacionados con la discapacidad y ceder en un terreno que se concibe como estrictamente privado. O simplemente, puede que la persona mayor presente un alto nivel de exigencia en lo referente a las tareas domésticas. En este contexto, la persona mayor puede llegar a dificultar las tareas que la cuidadora inmigrante ha de realizar y para las que ha sido contratada. Estas dificultades pueden agravarse cuando la persona mayor tiene una personalidad dominante. Y pueden incluso aparecer brechas en las relaciones de pareja de los mayores.

[en su estado, mi padre a veces no acepta a todas las personas. ¿Que por qué? Manías, depresión, a veces... hemos tenido otra persona y no la ha aceptado. Y muy a pesar nuestro la hemos tenido que dejar para buscar a otra. Y no porque ésta no se haya portado bien sino porque a veces no lo acepta... claro él está sentado y no puede ir solo al servicio] (FA-2).

Mi mujer pues le voy a decir una cosa, ahora que no me oye es un poquito exigente, exigente porque ella siempre se lo ha hecho todo y quiere las cosas perfectas hasta a mí me amarga la vida porque te vas a sentar en un sitio ya quiere que me ponga algo en la cabeza... que si se ensucia. Es muy meticulosa... Exigente, entonces claro a la hora de contratar a la chica ésta, a la señora ésta, pues le riño a mi mujer porque digo... Tú es que... ¡Es que no me entiendes! Tú date cuenta que tus celos exigen demasiado... (FA-1).

Estas problemáticas aparecen bien identificadas y con un abanico de matices en el discurso de las personas entrevistadas. Ante ellas, los familiares cercanos adoptan diferentes posiciones que van desde la empatía con la inmigrante cuidadora, lo que provoca la mediación de los familiares, hasta la no intervención. En este último extremo, la familia puede optar por escudarse en el carácter únicamente laboral de la relación con la inmigrante cuidadora para negar la mediación.

Muy autoritaria, muy negativa, yo entiendo perfectamente que la inmigrante que la esté cuidando esté un poco «quemada» porque es una persona que nunca tiene una palabra de halago, sino que de 300 cosas que hagas bien a lo largo del día, sólo te va a señalar aquella en la que te equivocas, pero nunca te va a agradecer las 299 que has hecho bien. Entonces yo entiendo perfectamente que eso llega a desmotivar mucho, pero después de todo, te están pagando, ¿sabes?»(FA- 5).

En ocasiones no se reconoce la atención recibida. Se menosprecia el trabajo y se llegan a expresar críticas muy severas. Entonces, las manifestaciones de la persona mayor cuidada se envilecen y se convierten en actos rotundos de violencia, que pueden provocar la denuncia de la inmigrante cuidadora.

Es una persona en términos generales con muy mala leche. [...] Ella se ha mirado siempre mucho así misma y ha sido muy generosa siempre en lo que ha querido. Y en otras, ha sido desagradable, ha sido una persona totalmente desagradable en el trato. Se le ha agravado con la edad. [...] Mi madre incluso a la chica que tienen ella quiso pegarle en su momento de debilidad y yo le he dicho que en ningún momento lo consienta de ninguna manera, y a mi hermana también la he visto yo hace unos meses que tuvo intención de darle una bofetada. [...] Siempre, todo el mundo está mal o hace las cosas mal con ella. Ahora que está mejor atendida o bien atendida, dentro de nuestras posibilidades (FA-14).

Las personas mayores de algunas familias entrevistadas se enfrentan a procesos degenerativos severos que avanzan implacablemente y que van aumentando el grado de discapacidad. Estos procesos enfrentan a los cuidadores a situaciones de atención y vigilancia extremas.

[esto no se cura, y va avanzando, en la actualidad, independientemente de su edad, y de la osteoporosis de todas las personas mayores, se ha roto la muñeca, se ha roto un brazo, se ha roto la pelvis, lo último fue la cadera] (FA-11).

Entre las tareas difíciles que han de realizar las cuidadoras no solamente encontramos el tener que lidiar con la personalidad compleja de las personas mayores dependientes, o el enfrentarse a tareas de limpieza del mayor. La salud mental de la persona mayor expone con frecuencia a la inmigrante a contextos de fuerte carga emotiva, a estados de ánimo de extrema labilidad que requieren de una atención adecuada.

Está en una situación como de ausencia, como si hubiera regresado a la infancia y un poco en estado pues, prácticamente, vegetativo que... De no pensar en nada y de bienestar y bueno realizar sus comidas, que las realiza muy bien y lo único , en algún momento pues tienen algún momento de lucidez... se pone a llorar y la chica esta, la inmigrante, enseguida sabe cómo tiene que actuar en esos momentos, lo que hace es despistarla, cambiándole de tema, llevándosela a pasear, de forma que se le pase ese sofoco (FA-18).

Sin lugar a dudas, las demencias seniles, y entre ellas el Alzheimer, plantean atenciones geriátricas especiales aparte de la movilidad de la persona mayor, su limpieza personal y una cierta generosidad afectiva. Dependiendo del grado de demencia la atención es más o menos intensa e incluso llega a exigir una atención permanente, las 24 horas del día. Los relatos de las familias expresan con una cruda sencillez la complejidad de la atención que requieren estos casos. En ellos la inmigrante cuidadora se convierte en

una necesidad imperante. Los siguientes testimonios dan fe de diferentes grados de demencia, desde los más severos, hasta los más moderados.

Ella tiene diagnosticada una demencia senil de tipo vascular. Entonces ahora mismo se encuentra en la tercera fase, que es una fase... la oyes [se escuchan sonidos guturales emitidos por la propia afectada] [...] Eso es todo el día, todo el día. [...] tiene ya totalmente una desconexión con la realidad que le rodea, no nos conoce, aunque sí agradece los mimos. La atención la agradece pero no nos conoce, sabe que somos la gente que estamos con ella pero ya no sabe que él es su sobrino, y yo la mujer... (FA-6).

[...] no puede hacer ninguna por sí misma, ni asearse por sí misma, la ayuda la chica que la está cuidando. Tampoco hace sus necesidades... hace sus necesidades pero utiliza pañales para... pero los pañales se los tiene que poner la inmigrante. En fin, que requiere la asistencia de una persona las 24 horas (FA-18).

[...] eso empieza poco a poco, ni te enteras, piensas que miente... no la puedes controlar, ni puedes decirle, cállate. Si lo haces se enfada. Los has de tratar con mucho cariño, entonces consigues muchas cosas (FA-3).

Es una persona muy afable, muy cariñosa. Estamos hablando de una persona inteligente para la edad que tiene. Es una mujer que estudió historia y entonces es una persona con una gran cultura, ha tenido muchas relaciones sociales. Se maneja bien porque, de momento cubre muy bien sus deficiencias. Las disimula. [...] Es una persona abierta y muy cariñosa, sí. Entonces es muy fácil establecer trato con ella (FA-19).

2.2.2. Los motivos de la contratación

Al preguntarles por los motivos que les llevaron a contratar a una inmigrante para atender y cuidar a la persona mayor dependiente, los entrevistados expresan diferentes razonamientos. La heterogeneidad de sus respuestas no impide, sin embargo, encontrar sólidos puntos comunes que encerramos en los siguientes condicionantes. En primer lugar, nos parece evidente que son las razones familiares las que acaban por justificar la necesidad de encontrar ayuda de fuera. En segundo lugar, destacamos las razones económicas, que constituyen, de alguna manera, las que más aparecen en el momento de delimitar las opciones. En tercer lugar situamos la necesidad de aportar capacidad de ayuda en todo aquello en lo que el mayor no alcanza, es decir, para todo aquello en lo que la persona mayor se siente discapacitado. Finalmente integramos una amplia riqueza de expresiones en el capítulo de las preferencias, las cuales tienen su origen en la ética y en las tradiciones, y que encuentran su máxima expresión en la elaboración del tabú sobre la residencia o la institucionalización de la persona mayor dependiente.

TABLA 44

Expresión de las motivaciones que llevan a optar por el recurso de una inmigrante cuidadora

Expresiones	De más a menos recurrente
Si los hijos no dejan el trabajo hay que buscar alguien que ayude	*****
No se quiere recurrir a una residencia	*****
La mejor opción para que se queden en casa	*****
Incapaces de atender ante las dificultades que plantea la discapacidad de la persona mayor	****
Necesidad de ayuda suplementaria	****
Recurso barato y disponible	***
Una española no lo haría	**
Falta espacio en la casa de los hijos	*
Los cuidados son constantes	*
Cuidados personalizados en casa	*
Difícil y caro en el mercado regular	*
Miedo a la soledad	*
Es una buena opción	*
Depresión del cuidador familiar (por cuidar)	*

El trabajo de los hijos y de los familiares más cercanos se erige en el principal motivo familiar por el que se decide contratar a una cuidadora inmigrante. El cuidado de la persona mayor, como veremos en la sección sobre las estrategias familiares, es una cuestión familiar. En ningún momento hemos encontrado que este sea el resultado de un largo proceso de reflexión en el que el individuo, en soledad o únicamente con su pareja, prepare con suficiente antelación la gestión de su vejez y, en consecuencia, elija entre las diferentes opciones. Al contrario, el problema sobrepasa los límites del hogar nuclear y se sitúa en el círculo que trazan los lazos solidarios de la familia, con la frecuente intervención de vecinos y allegados. La elección de dejar el trabajo aparece entre las opciones, pero la dificultad de tomarla se convierte en una razón de peso.

Nosotros todos trabajamos y entonces es eso, dejarte el trabajo o buscar que se les ayude. Primero se buscó una ayuda de por las mañanas porque la mamá, que es la que se ha encargado siempre de la casa, pues empezó a tener fallos, a la hora de las comidas era más dificultoso y había días que hasta comían quemado (FA-8).

Mis hijas trabajan todas. Una trabaja aquí en X, la otra trabaja... en el centro de salud de la X, y la otra en un X que no quiso estudiar [...] No me podían atender, pues tuvimos que buscar, recurrir a algo (FA-9).

Pues porque yo ya no podía atenderla, necesitaba ayuda. [...] Sí, tengo tres hermanos que están casados. Ellos tienen que trabajar y, claro, no pueden estar aquí todas las horas que yo necesito (FA-10).

Bueno, pues, la cosa era o uno de los dos dejaba de trabajar para atenderla o tienes que recurrir a una tercera persona que te cubra el tiempo en el que tú no estas. Y entonces, la cosa vino dada

porque conocimos a esta persona y se lo propusimos y nos pareció una persona encantadora y así ha sido (FA-16).

La razón principal es que todos trabajamos, y ellos no pueden estar solos (FA-2).

La persona mayor, llegado el caso, puede expresar la preferencia de no tener que molestar a sus familiares, aunque aquellos ofrezcan su ayuda. En este caso, la decisión se toma en el entorno familiar, si bien la presencia de los hijos queda en un segundo plano.

Pero ella, sin embargo, pues nada, lo que pasa. Una persona mayor, «yo prefiero estar en mi casa, aguantando, que no molestando a mis hijos». [...] Mientras tenga un duro, la mujer quiere estar en casa, y cuando se termine, se ha terminado (FA-6).

En muchas ocasiones se expresa el cansancio de quien (o quienes) hasta el momento ha cargado con la responsabilidad, que suele ser aquel hijo o hija que vive más cerca. Problemas de salud, por el esfuerzo que supone tener que levantar a la persona mayor, problemas de depresión, problemas relacionales.

Yo vivo en un tercer piso, trabajo aquí, y mi mujer trabaja, tenemos dos niños de 12 y 7 años. O (mi padre) tenía que estar solo... a raíz de eso yo estaba con una fuerte depresión. Y me preguntará por qué, pues te lo digo: yo era el que tenía que cuidar de mi padre (FA-20).

El condicionante familiar se presenta en todos los razonamientos alrededor de la organización del cuidado de la persona mayor. Éste interviene también en el debate sobre las opciones. En su expresión puede integrarse también la misma persona mayor, quien entonces define sus preferencias y participa en las decisiones.

Pues eso porque mi madre a partir de ahí, ya desencadenó la enfermedad, ya nos dimos cuenta que nos hacía falta una persona para estar con ella y entonces como ella aceptó hasta el momento ya te digo, así estamos (FA-15).

Claro, porque yo trabajaba, mi padre con ochenta años, mi madre ochenta y un años... Yo no podía dejarlos solos, mi madre no podía cuidar de mi padre. Y buscamos una persona española. Entonces, la persona española empieza a pedir más horas, más sueldo y no le podemos pagar (...) cuando la española empieza a decir que no, que ella se tenía que ir a las cinco de la tarde, y yo llegaba a casa cuando tenía reunión a las siete, y mi madre no podía quedarse sola. Y no sé cómo, me vine a X, y busqué a una búlgara (FA-21).

Los motivos económicos marcan perfectamente los límites de lo que es accesible como recurso. Nunca aparecen aislados, sino que se mezclan con otros condicionantes. Cuando la discapacidad del mayor requiere de una ayuda permanente, las 24 horas, la opción de la inmigrante cuidadora es, para muchas familias, la única alcanzable. La falta de regulación constituye un elemento clave a la hora de encontrar flexibilidad laboral, aunque también se encuentre presente la necesidad de satisfacer a la inmigrante y la dificultad que ésta pueda tener para buscar otro trabajo en la circunstancia de que esté desprovista de permiso de trabajo.

Es que a lo mejor una española... no me lo haría y después otra cosa, una interna, según el estado del enfermo..., algunas personas que están cuidando, dicen.... ¡oiga, que yo no puedo ni comer!

Cuando una persona está empotrada, que tiene a lo mejor heridas, tiene que limpiarla a lo mejor se hace sus necesidades encima, en fin, y eso... (FA-4).

[...] y ya que tenemos una mano de obra, que relativamente es barata, porque... hay algunas personas que pagan lo que se debe pagar, pero otras pues no pagan nada, o sea no pagan, pagan una miseria. Pero estas personas como vienen cómo vienen pues se aferran a todo. Después, con el tiempo dicen : «Oiga aquella señora me se ha ido». Hombre se la ha ido, ¿qué le daba usted? Una miseria y limpiándole la casa y todo esto, pues cuando ha encontrado una colocación mejor se ha ido. Eso es lo natural» (FA-4).

En el tema económico pues sí, es más económico que una residencia pero no es esa la motivación a la hora... En nuestro caso, la situación económica no es mala, hay recursos para atenderla entonces la situación... (FA-18).

Más económico y que la gente se implica más y además está muy satisfecho con lo que está haciendo... bueno con esta mujer se cubría todo lo que él quería a un precio más que razonable. [...] En parte yo sé que a mi suegro eso le ha influido, sí. [...] Lo que sí creo es que esta chica está muy satisfecha con el sueldo que gana con lo cual, tiene dificultades de encontrar trabajo en otro sitio con lo cual bueno... pues tiene menos ganas de perderlo (FA-19).

[...] nosotros, ese servicio por horas, mujeres por horas que estén las 24 horas pendientes de una persona... ni pagando lo encuentras (FA-11).

La necesidad de una ayuda de apoyo aparece también entre los motivos de búsqueda de una inmigrante. Este apoyo, ya sea solicitado por la propia persona mayor, ya sea requerido por la persona que está a su cargo, supone un claro acompañamiento en la realización de las tareas y no implica en absoluto la asunción de grandes responsabilidades. Este formato de ayuda no está estrictamente separado de aquel que supone la asunción de responsabilidad por parte de la inmigrante al cien por cien. Dependiendo de la participación de la familia éste puede ir reapareciendo con relativa frecuencia. Y en el caso de un proceso generativo, esta flexibilidad en el trasvase de responsabilidades puede ser clave a la hora de asegurar la permanencia de la inmigrante en el cuidado.

Mi madre no se podía hacer todas las cosas: se hacía todo lo suyo, lo personal, pero había que limpiar, hacer la cama, y todas esas cosas. Para eso entró (FA-13).

Sí, sí, necesitaba una persona que estuviese conmigo, por lo menos por las mañanas. Porque yo hago todo en casa, comida, todo. [...] Yo me guiso todo, guiso para los cuatro: dos chiquillos, mi hija y yo (FA-9).

Mi tía, que es la que está cuidando allí a mi abuela, necesitaba a alguien que la ayudara en estas tareas, aunque fuera simplemente para poder salir a comprar o para descargarse un poco de faena (FA-4).

De la anciana que estamos hablando no está en estos momentos para estar ingresada en una residencia, ni mucho menos. Necesitábamos, lo que era a alguien que la atendiese y sobre todo mirando al futuro porque probablemente, es una enfermedad degenerativa y las cosas se pueden poner peor. [...] Bueno pues lleva la casa y hace compañía (FA-19).

Finalmente, aunque no es lo último en orden de importancia, se encuentra el tabú de la institucionalización. La voluntad de no separarse de la persona mayor o de que ésta permanezca en su entorno, en su

hogar —ya sea por iniciativa propia o por la recomendación de un profesional—, constituyen algunos de los argumentos más recurrentes en contra de la opción de la residencia. En la lista de opciones, la institucionalización ocupa uno de los últimos lugares aunque a ésta se le reconozcan sólidos puntos fuertes. Más bien no parece una opción. La tradición en la educación, la ética individual y la fortaleza de los vínculos familiares parecen contribuir por igual en la elaboración del tabú, mientras que lo económico apenas subyace.

Y yo no le he querido meter en una residencia, lo más cómodo y lo más barato. Lo más cómodo y lo más barato pero yo es mi marido, me he llevado siempre muy bien, no quiero llevarlo. [...] Pues ya te lo he dicho, porque no lo quería meter en una residencia y no hay otra manera de hacer las cosas (FA-7).

Yo también lo veo, la residencia es una opción muy buena pero es una opción muy buena para el que lo acepte. Luego, también en una casa las personas mayores siguen haciendo cosas, en una residencia se les da mucho todo hecho. Entonces, es una forma de seguir viviendo la vida que han vivido siempre pero con ayudas (FA-8).

Mis padres una residencia es que ni se lo planteo. Yo me los hubiera traído a mi casa pero yo en mi casa no caben, entonces me tendría que comprar otro piso para que se pudiesen venir mis padres (FA-8).

[...] porque ella siempre ha odiado o ha tenido muchísimo miedo de acabar en una residencia; Como es soltera, no ha tenido hijos ni descendencia, pues, ha tenido miedo por eso de acabar en una residencia (FA-16).

Realmente, es que el problema es que la abuela no consentiría en ningún momento salir de casa (FA-4).

Pues fue un cúmulo de cosas, en la tradición familiar, en la tradición que nos han educado desde luego, ni se nos pasaba por la cabeza la idea de ingresar a mi madre en una residencia (FA-14).

Este tabú en boca de quienes optan por un recurso alternativo no se construye necesariamente desde el desconocimiento. Ante ciertos problemas de discapacidad, la necesidad de una ayuda profesional especializada, conducen a la asunción de la residencia como el mejor de los recursos. Pero ello no es suficiente para destruir el rechazo que produce esta opción.

No, no más adecuados en la residencia, donde hay médicos, donde hay actividades para el entretenimiento y para el ocio, que creo que les ayuda a alejarse de problemas como el Alzheimer y cosas de este tipo... (FA-14).

2.2.3. Modalidad de contacto con la inmigrante cuidadora

Las modalidades de contacto también son diversas. En el sector informal, la circulación de la información pasa eficazmente a través de una multitud de medios. Incluso cuando la inmigrante cuidadora cuenta con un contrato legal, la modalidad de contacto no pasa necesariamente por vehículos formales, sino que es el funcionamiento informal de las redes lo que acaba imperando.

Las consecuencias que acarrea la modalidad de contacto en la calidad del mismo son importantes a la hora de evaluar el recurso. Cuando interviene un mediador institucional que conoce a la inmigrante,

la confianza de la familia es sin duda más grande. En el polo opuesto, la convivencia con alguien que ha sido localizado por cuenta propia, sin la mediación de un tercero, parece carecer de garantías suficientes.

Como habíamos demostrado en el capítulo dedicado a los informantes clave, la organización del recurso de las inmigrantes cuidadoras, no por estar fuera de lo formal, carece de reglas eficientes y de complejos pactos de confianza. La mediación del recurso es quizás lo que mayor grado de complejidad alcanza. Cuando en la mediación participa una institución, ésta llega a ofrecer referencias suficientes, un seguimiento mínimo, e incluso, en algunos casos garantiza una mínima formación diseñada específicamente para el cuidado de mayores y las tareas domésticas. Sin embargo, las mediaciones organizadas con ánimo de lucro no necesariamente ofrecen las mismas garantías.

Aquí en la Asociación, por mediación de X, es familia de X. Es cuñada (FA-8).

Pues se lo dije a los vecinos y eso. Uy! Chica, pues yo buscaba una chica, y dice, pues la nuera de fulana esta chica no trabaja y es muy buena chica. Conque hablé con ella, vino a casa, habló con mis hijas y estupendo desde el primer día. Maravilloso (FA-9).

No, me dio el teléfono. Y entonces yo la llamé y dio la casualidad de que hacía una semana que se le había muerto la señora que cuidaba y estaba sin trabajo (FA-10).

Sí, sí, a través de una parroquia, tengo yo una amiga allí, que está en Cáritas. Y entonces, esta señora, Cáritas le ayudaba porque está aquí con un familiar, con una hija y una sobrina y un nieto, están en un piso. Y entonces, que pertenece a la zona de la parroquia, entonces la parroquia les ayudaba a pagar el alquiler. Y claro, dijeron que necesitaban trabajo y por ese motivo esta señora me la recomendó (FA-15).

Recurrimos a esta chica, por indicación del médico, del médico..., al que conocíamos... Le comentamos que andábamos buscando alguien para que cuidara a la abuela y él tenía una chica ucraniana en ese momento, y nos comentó que estaba muy contento con ella y nos puso en contacto con una amiga de la chica con la que él estaba (FA-4).

Esta chica vino por un conocido que me lo dijo, estaba muy contento, lo sé por la panadera (FA-2).

Hablemos claro: los únicos que están resolviendo el problema son X, porque cuando toda esta gente aterriza, sin dinero... ¿qué hacen? (FA-11).

TABLA 45

Vías mediante las cuales los familiares entran en contacto con la inmigrante cuidadora

Por medio de la parroquia y ONG religiosas	*****
Contacto con vecinos, conocidos, panaderos, carniceros...	*****
La ayuda de profesionales y geriatras	***
Asociaciones de familiares de personas mayores dependientes	**
ONG de apoyo social	**
Por la red de los propios inmigrantes	*

2.2.4. El papel de la familia

Así como la organización de la ayuda pasa por decisiones familiares entre los hijos y los más cercanos, la provisión de cuidado que ofrece la inmigrante también se convierte en un desahogo para todos, con repercusiones no sólo en la atención del mayor dependiente sino también en el resto de la familia. Los familiares son responsables del mayor dependiente, son los gestores del cuidado, los que se preocupan de buscar la mejor solución para él y para toda la familia:

Han venido otras persona. Pero después, por las circunstancias que sea, se han buscado otras cosas, trabajo, lo que sea, y hemos tenido que buscar recursos. También con ayudas familiares... los tíos, los hermanos de mi padre, pero llega un momento en que era necesario buscar, porque claro, todos los días no está uno dispuesto a todo (FA-2).

Muchas veces los familiares son el puente entre el mayor y la cuidadora, ya que se responsabilizan de su adaptación al trabajo y de la buena integración en el hogar familiar.

Ella no sabía limpiar, pero ahora sabe limpiar perfectamente. La hemos enseñado, pobrita mía. Pero claro, yo le dije, es el trabajo que yo te puedo ofrecer. Pero está contenta, está contenta en casa, siempre y cuando consiga otra cosa (FA-13).

Yo no sé dónde se encuentran las diferencias, y por ello mezclo mucho lo amistoso y pierdo de vista que se trata de una persona que trabaja en tu casa, que además es una persona que viene de allá, que ha abandonado muchas cosas, que está pasando... A mí se me mezclan muchas cosas (FA-17).

Deben integrar a la inmigrante en la dinámica familiar, lo que en muchas ocasiones no es nada fácil. Bajo un mismo techo la convivencia no es fácil.

Y la convivencia es difícil y es convivir con una persona que no tiene nada en común contigo, tienes que hablar porque no lo puedes tener en casa sin hablar pero tienes tan pocos temas de conversación porque no hay nada en común. Y tienes que sacarlo, y tienes que hacerte la amable y entablar conversación, o sea, que también depende de la persona (FA-7).

En ciertas ocasiones se sienten responsables de la inmigrante y tienen la necesidad de protegerla. Ella protege a la persona mayor vulnerable y por ello la familia siente la necesidad de protegerla a ella también. La necesidad de proteger y de ser protegido la tienen ambas partes.

Paga el alquiler de la casa de sus hermanas todos los meses. Y si ella tuviera todo lo que (le hemos pagado), mira que es triste, porque... yo ahora a final de año le dije [...] Puedes saberlo, porque yo no sé lo que tú tienes en la libreta. Mira, nosotros te hemos dado tanto. Tú sabrás lo que tienes en la libreta. No lo quiera saber porque se disgustaría usted. Bueno, tú misma, pero yo quiero que lo sepas (FA-11).

O al menos, surge la necesidad de establecer con la inmigrante cuidadora un vínculo afectivo. Se establecen muchas veces verdaderos lazos de afecto que permiten asumir la dureza de la situación vivencial y de las tareas que realiza.

Y, las veces que me he quedado yo solo te das cuenta de lo duro que es el trabajo que está realizando porque una persona con esta enfermedad pues supone que tienes que entregar tu vida a ella y estar pendiente las 24 horas y la situación que te crea de estrés, a mí hay veces que he estado, cuatro o cinco horas porque ella a lo mejor ha ido a una gestión que tenía que hacer la inmigrante y me ha puesto en cuatro o cinco horas de los nervios, con lo cual dices: «Lo que está realizando esta chica, la paciencia que demuestra no entiendes, no sé de que material esta, hecha para poder soportar siendo además una chica tan joven (FA-18).

Por otro lado, también se dan casos de familias que establecen una relación puramente mercantil con la cuidadora, sin que se establezca entre ellos ningún tipo de lazo afectivo.

Estoy pagando a una persona simplemente para que le haga compañía a mi madre y un poco para que me haga compañía a mí y no me desquicie... porque yo he tenido que dejar de trabajar entonces me paso todo el día en casa... (FA-5).

Existe un fundamento ideológico común muy arraigado entre las familias que se basa en el hecho de que los hijos tienen una deuda pendiente con los padres, porque éstos les protegieron durante la infancia. A su vez, los padres se hicieron cargo también de sus mayores. Así, ellos han de tomar el relevo y asumir sus responsabilidades.

En mi casa hemos cuidado de mis padres, hemos cuidado de sus padres, los abuelos, y hemos cuidado de toda la parentela (FA-11).

A menudo acecha el fantasma de un cambio de valores en la sociedad de que esta situación familiar no puede seguir así. Esta deuda que los hijos tienen con sus padres ya no se puede seguir pagando porque los ritmos de vida de los miembros de la familia no se pueden compaginar con el cuidado de las personas mayores.

En todas las familias hay de todo: pequeños, gente que va a la universidad, gente que ha acabado la universidad y no tiene trabajo, gente que tiene hipotecas, gente que no puede dejarse el trabajo para cuidar a un enfermo. Los ritmos de vida nos lo impone (FA-12).

Las estrategias familiares que se diseñan con el propósito de hacerse cargo de la atención del mayor muestran niveles diferentes de implicación entre los miembros de la familia. Suele haber colaboración económica de fratrias enteras.

Esto lo pagamos entre los tres hermanos, a X, y claro pues porque mi madre no puede pero me refiero que si hace falta pues eso (FA-15).

En nuestro caso, como somos muchos familiares, no nos resulta excesivamente costoso. Creemos que no... Sí, entre todos contribuimos a pagar a esta persona (FA-4).

Pero cuando se trata de echar una mano en los cuidados, el reparto de responsabilidades es objeto de discusión entre los familiares. Muy a menudo son los miembros femeninos, hijas, nueras, las que llevan a cabo estas tareas:

Claro, el papel de la familia es eso, de ayuda tengo a mi hermana que dos sábados y domingos, digamos ella viene dos fines de semana, sábado y domingo, viene sábado por la mañana y el

domingo por la tarde la recojo yo de su casa. Ella dos y yo uno. Y tengo un hermano pero no se entera de esto (FA-15).

El reparto del cuidado al mayor entre los familiares se establece de acuerdo con las responsabilidades de cada miembro. Hay un amplio abanico de posibilidades: desde los que sólo se pueden hacer cargo del mayor los fines de semana, cuando generalmente la cuidadora toma descanso, a los que procuran visitar a la persona mayor lo más a menudo posible y están permanentemente en contacto con la inmigrante.

El sábado y el domingo lo hacemos nosotros... el sábado viene ella hasta mediodía (FA-2).

Nosotros, mi hermano o yo, da igual, porque nos juntamos allí a veces todos los días los dos. Yo voy a comer cada día a casa de mi padre, porque aunque esté muy a gusto con la chica con quien está, no es lo mismo saber que vas a estar comiendo con tu hija o tu hijo. Pienso que psicológicamente es una cosa muy importante (FA-17).

Se dan casos de familiares que dejan de trabajar para hacerse cargo del mayor enfermo y se organizan el día a día con la inmigrante cuidadora.

En nuestro caso son muchos hermano y se lo reparten, pero hasta cierto punto, porque una persona de estas necesita una atención constante las 24 horas del día no se la puede dejar sola en ningún momento. Lo que quiere decir que la persona que esté con ella tiene que dejar su trabajo (FA-12).

En otras ocasiones, la familia tiene que ingeniárselas para atender la persona mayor y distribuye el cuidado entre voluntarios, la cuidadora, amigos, vecinos...

Nuestro sistema es que los de l'AFAO vienen a hacernos el servicio por la mañana que es levantarlo, que lo arreglen, que lo cambien, que lo asean y lo dejen bien. Antes venían las amas de casa, que tenían una subvención del fondo común europeo, pero esto ya se ha terminado, y entonces X, que es la chica que le está cuidando, viene hacia las nueve (FA -2).

2.2.5. Conocimiento, uso y valoración de los recursos

Las personas entrevistadas analizan y valoran los recursos existentes en relación al recurso de la inmigrante cuidadora que es el que ellos han elegido para atender a la persona mayor dependiente. Como hemos dicho anteriormente, son buenos conocedores de las alternativas y saben hasta qué punto éstas están a su alcance. Los familiares de los mayores expresan con perfecta claridad que los servicios públicos son muy escasos y están dirigidos exclusivamente a familias con muy bajos recursos económicos. Pero no sólo son inaccesibles por razones económicas, sino que además no ofrecen ni la calidad ni el tiempo necesarios que la atención y el cuidado que las personas mayores dependientes requieren: en general se trata de atenciones de corta duración e intervenciones muy puntuales de apoyo en tareas domésticas. Los entrevistados, y por extensión, la mayoría de familias valencianas que tienen personas mayores dependientes representan mayoritariamente la clase media y media-baja. La Administración pública considera que superan la cuota de recursos económicos que les permitiría un acceso a los ser-

vicios públicos de atención a la persona mayor y, sin embargo, sus recursos tampoco son suficientes como para acudir a los servicios privados.

Todo eso no te cubre nada, todo eso cubre a pensiones mínimas, en cosas muy pequeñas, y entonces ya cuando tienes una pensión normal ya no tienes derecho a nada, si quieres te lo pagas y sino te aguantas, no hay otra forma (FA-7).

Hombre, yo sí que los conozco, no estoy muy puesta ahora pero sí que los conozco. Pero es que yo por la pensión de mis padres sí que les darían algún servicio de ayuda a domicilio o algo, pero estamos nosotros detrás, no sé, pedir una ayuda a domicilio que me lo manden dos horas a ayudarles no... Ni me soluciona nada ni me lo iban a dar, me imagino yo, porque hay otra gente que le hace mucha más falta (FA-8).

Pues, sí que fui a los Servicios Sociales, solicité la teleasistencia, me la denegaron, y solicité ayuda a domicilio, todavía estoy esperando a que me llamen con una cosa u otra, el diez de marzo y... (FA-10).

O está en una situación de inválido, o... y además te dan dos horas o una al día o dos horas cada tres días para que vengan a limpiar, o para qué sé yo, que tampoco es un recurso (FA-16).

No, a servicios sociales no he ido, porque iba a pedir primero para Cruz Roja, porque me dijeron que había voluntarios. Pero pensaba que con la paga que tenía mi padre, de servicios sociales me decían que me la iban a denegar. Pero eso me lo decía la gente, yo no llegué a ir... (FA-21).

Por su parte, los servicios privados aparecen escasamente en los discursos. Cuando son mencionados, su carestía, en comparación con las cuidadoras inmigrantes, es el rasgo más señalado. En algunos casos, contrariamente, se llega a pagar a la inmigrante cuidadora interna cantidades que se acercan a lo que se tendría que abonar en una plaza de residencia privada.

Pues, primero estuve con una organización de aquí de Valencia que se llama la X, que eran unos sinvergüenzas, unos sinvergüenzas, y ya acabé mal porque tuve hasta una chica que era drogadicta y al final le dije oiga sabe usted si las personas que me manda tienen antecedentes penales, eso es muy caro de saber, y le dije pues no quiero. Perdí el mes de fianza, perdí todo y ya desconecté por completo (FA-7).

Sí, ya pero en ese caso [el servicio de ayuda a domicilio privado] me saldría más caro que lo que estoy pagando. Porque lo que estoy pagando, francamente y sinceramente, es una miseria, yo le estoy pagando 65.000 pesetas al mes (FA-5).

Las asociaciones de familiares de personas mayores con Alzheimer o Parkinson aparecen como un recurso útil y al alcance de los familiares, lo que representa un alivio importante en el cuidado de los mayores. Con cantidades poco importantes los enfermos acceden a servicios de atención profesional y especializada, mientras que las familias acceden a servicios de respiro y descanso.

Primero tuve estudiantes, incluso tuve un sacerdote que había salido de sacerdote y tampoco tenía trabajo, pero eran horas nada más, aún podía yo con él y me venían por la tarde, se lo llevaban a dar una vuelta, le daban la cena, lo bañaban, lo acostaban y se iban, y ya me quedaba yo (FA-7).

También recibí ayuda de la Asociación de Alzheimer, que ha venido una chica dos veces por semana a levantar y lavar a mi madre. Viene un fisioterapeuta cada quince días (FA-10).

[...] y entonces empezó a venir a AFA. Este es el primer año que viene al almuerzo. Hasta ahora había venido medio día, bueno, medio día no, porque por la tarde la traíamos de las tres y media hasta las seis (FA-3).

Fuimos a hablar con A.F.A.V. y nos atendieron muy bien, estuvimos un tiempo que nos dijeron cuando haya sitio ya os llamaremos y relativamente, yo creo que al mes y medio o dos meses nos llamaron. La llevamos dos mañanas (FA-15).

En general, y tal como hemos afirmado con anterioridad, la residencia no representa, en boca de los mismos ancianos y familiares, una opción a tomar. Contratar el servicio de una cuidadora permite huir de una alternativa no deseada, al tiempo que asegura que la gestión del cuidado del mayor permanezca en los límites familiares. El resto de servicios privados son inalcanzables y cuando les es posible se apoyan en los servicios que prestan las asociaciones de personas mayores dependientes.

Nosotros, ese servicio por horas, mujeres por horas que estén las 24 horas pendientes de una persona... ni pagando lo encuentras (FA-11).

O esto o una residencia. Dígame usted donde pongo yo hoy en día a una señora de ochenta y nueve años, a parte de que no me da la real gana (FA-11).

2.2.6. Las tareas encomendadas y grado de satisfacción

Las atenciones y cuidados que procuran los cuidadores a las personas mayores constituyen uno de los mayores obstáculos a la hora de definir la profesión de cuidador/a de personas mayores. Quizás, uno de los factores que más pueden contribuir a definirla sea el grado de dependencia. Según que éste sea severo o leve, el mayor requerirá de cuidados más o menos exigentes, más o menos específicos. Este no es, sin embargo, un factor determinante ya que en algunos casos los entrevistados confiesan que prefieren ser ellos quienes se encarguen de los cuidados más difíciles mientras que a la inmigrante cuidadora le reservan tareas menos exigentes que van desde el simple acompañamiento hasta la realización de tareas domésticas.

[...] por ejemplo el baño y todo eso, mi madre quiere que se lo hagamos nosotras. Entonces pues lo hacemos, yo los lunes cuando me la llevo de aquí pues me voy a su casa y la ducho (FA-8).

En otros casos, el familiar simplemente no puede porque le faltan las fuerzas y el uso de la energía de la cuidadora o del cuidador es lo que acaba por definir sus tareas principales. Mientras que los demás se ven liberados del trabajo más exigente.

La fuerza no la hago yo, bañarlo me lo bañan, afeitarlo me lo afeitan, o sea, que digamos que el aseo físico me lo hacen (FA-7).

Algunos entrevistados han expresado su preferencia por que la inmigrante cuidadora se dedique únicamente al cuidado del mayor. En tal caso ellos se responsabilizan del resto de los trabajos de la casa o lo

derivan a otra persona. De esta manera establecen una neta distinción de tareas y reservan las atenciones geriátricas a la persona que ha entrado en el hogar precisamente para cuidar al mayor dependiente.

Sí. Bueno, ella la misión principal que tiene es encargarse de la tía. De la casa y eso en principio no hace nada. Ahora sí que me ayuda un poquito más pues porque ella también se aburre porque la situación de la tía también ha cambiado, cuando ella llegó la tía estaba en la segunda fase, que es una etapa en la que el enfermo está hiperactivo, no duerme de día, no duerme de noche, suelta tacos, te pega, estaba insoportable y entonces la misión era estar con la tía (FA-16).

Básicamente, lo que le tenemos encargado es que se encargue de levantarla y acostarla, acompañarla al aseo, y limpiarla todos los días, y que limpie su habitación. Las tareas principales que le encomendamos (FA-4).

En el lado opuesto encontramos inmigrantes que tienen como principal y única tarea el hacer compañía al mayor dependiente. En estas situaciones hay entrevistados que aceptan que esta era la función que se le había encomendado a la inmigrante. Mientras que en otros casos, el que únicamente se dedique a hacerle compañía al mayor puede que sea resultado de una falta de iniciativa ante el resto de tareas que quedan por hacer, o simplemente que el familiar o la persona mayor consideren que no sabe realizarlas.

Estoy pagando a una persona simplemente para que le haga compañía a mi madre y un poco para que me haga compañía a mí y no me desquicie... porque yo he tenido que dejar de trabajar entonces me paso todo el día en casa... Entonces es una manera también de no perder, incluso el contacto con el mundo de fuera. Pero yo hago prácticamente todo el trabajo. Es una persona muy poco trabajadora o por lo menos no sabe trabajar el ritmo que yo le pido. Yo le pido que trabaje a mi ritmo, que es hacer cinco cosas a la vez, y hacerlas perfectas, y eso a un sudamericano, lamentablemente es imposible pedirselo, lo siento pero es así (FA-5).

Nosotros le hemos dicho que... le hemos recomendado a mi hermana que la deje hacer comidas, porque si se pasa todo el día sin hacer nada, también es un poco aburrido, que por lo menos, el hacer la comida, le puede dar un descanso a su ocio de todo el día. Pero mi hermana continúa diciendo que le baja la comida a la abuela y a ella (FA-14).

[...] ella prácticamente sólo hace el acompañamiento. Pienso que hoy está sólo es presencia (FA-12).

Como alternativa a esta situación encontramos inmigrantes cuidadoras que únicamente se hacen cargo de la casa, mientras que los familiares prefieren reservarse la responsabilidad primera de limpieza, aseo y alimentación de la persona mayor dependiente.

El cuidador de momento lo que está haciendo es compañía, no está cuidando tanto como haciéndose cargo de la casa. Lo que hace es todo lo de la casa, desde la plancha, hasta la comida, la casa... (FA-19).

A pesar de esta multiplicidad de tareas, funciones y responsabilidades, no encontramos ningún consenso entre los entrevistados sobre la importancia que tiene la formación de los cuidadores. Para algunos esta es una cuestión obvia que no admite discusión porque ante cierto tipo de discapacidades se necesita una formación específica en cuidados. Sin embargo hay quien ve que la formación puede suplirse con

ciertas cualidades humanas, y hay quien ve un cierto peligro en la fuerte formación que muchas inmigrantes cuidadoras poseen.

Total y absolutamente, imprescindible. Creo que es como por ejemplo el labrador: sale la luna, sabe los vientos, sabe... pero necesita una vida... y un ingeniero técnico aprende en tres años lo que un labrador en toda su vida. Supongo que estas personas con la experiencia de trato de ancianos terminarían sabiendo lo que hay que hacer pero si se les diera una formación básica e imprescindible creo que la atención a estas personas sería mucho mejor. Aunque fijate, yo creo que más que la técnica, es hacerlo con afecto (FA-14).

Yo no creo que la formación, sea tan importante porque con buena voluntad... no es un trabajo para el que haya que licenciarse en Oxford, francamente, yo lo que creo es que han de ser personas con mucha paciencia, con buena voluntad, y con capacidad de sacrificio. Formación específica con estudios y eso... no creo que haga falta porque francamente «limpiar culos» dicho mal, todos sabemos. A mí nunca me habían enseñado y he aprendido a hacerlo (FA-5).

Para que yo pueda hacerle a ella un contrato, tendría que homologar su título aquí, y por otro lado, que no haya ningún fisioterapeuta en paro en Alicante. Claro, como las características que yo busco en ella es que tenga esos conocimientos, pero que al mismo tiempo atienda a mi madre en lo doméstico y en lo personal... Es, no sé como decirte, es como un cóctel. Necesito tantas cosas, que ella las reúne, y está dispuesta a hacerlas... Ya llega un momento que se deprime. Yo le digo: no te deprimas, porque yo necesito que me limpies, y tú necesitas comer, que son dos cosas básicas. Yo te pago y tu... Claro, ella está... Ese no es su objetivo. Su objetivo no es estar de asistente (FA-13).

Sin embargo, otras cualidades humanas como el afecto y la predisposición llegan a ser muy valoradas a falta de formación. Afecto, cariño, paciencia, estas son las cualidades más valoradas. La importancia del afecto no está ni mucho menos sobrevalorada cuando lo que está en juego es la convivencia entre el mayor y su cuidadora, e incluso entre ésta y la familia de aquél. El carácter afectuoso es señalado como un antídoto contra la agresividad que generan algunos tipos de discapacidades.

Son cariñosos, son buena gente, son cariñosos, y son personas que tienen mucha paciencia, todo lo que no tenemos normalmente los españoles que no tenemos paciencia, ellos tienen mucha paciencia (FA-7).

No pensamos que era inmigrante, o sea, que a mí me era igual. Pero al encontrar a esta chica me gustó y nos hicimos muy buenas amigas, pues muy bien (FA-9).

Es una chica muy cariñosa pero al mismo tiempo cuando estaba en la fase más agresiva ella también le iba marcando el paso del agua, que también es importante, era una de cal y una de arena, la mantenía a raya y al mismo tiempo cariñosa. Y le noto sí que le tiene afecto y lo hace muy bien (FA-16).

Estas personas se dedican mucho, precisamente porque a ellas les sale del corazón, porque les tienen compasión, y es esto, que son muy amables, cariñosas, y yo ya he tenido dos con ella (FA-1).

La valoración se expresa, como tiene que ser, en una gama de apreciaciones que van desde lo muy positivo hasta lo inaceptable. Los casos de desengaño, de grandes dificultades no son, en absoluto, más

numerosos que los de satisfacción. En positivo destaca el afecto como acabamos de justificar, aunque para algunos entrevistados éste no puede ser sincero; en negativo, la lentitud y la falta de organización.

Sí, sí yo estoy contenta, es un trabajo muy pesado aunque a veces están con los brazos cruzados viendo la televisión pero es un trabajo pesado (FA-8).

Pues, muchísimo, muchísimo, a mi madre me la lleva muy bien. Es una persona educadísima, me la trata muy bien, cosa que yo no pensaba que ninguna persona de fuera de la casa me la tratara bien (FA-15).

Pues no del todo, la verdad. Algunas veces, no está limpiándola como debe o no tiene la habitación lo limpia que debería. Tampoco... también la hemos oído algunas veces gritarle a la abuela sin deber... en fin, y en alguna ocasión creemos que ha maltratado a la abuela que la ha dado algunos golpes (FA-4).

Es una persona sin ninguna iniciativa, y que hace las cosas a una décima parte de la velocidad que yo las hago, entonces termino muchísimo antes, haciéndolo yo todo que explicándoselo y diciéndoselo. Básicamente, a estas alturas, no me ayuda nada (FA-5).

El aseo también lo realiza muy bien porque la baña habitualmente. Mi madre ahora mismo va mejor que antes. Antes mi madre era ella misma la que realizaba la tarea de asearse y en ese sentido, era un poco vaga, dejada y las tareas del aseo muy bien (FA-18).

Yo no sé por qué la gente, hay una transmisión popular de éstas, que si limpian fatal, que hacen una comida horrible. Mi casa, la casa de mi padre está, no sé si decirte más limpia que nunca, pero casi me atrevo a decir que sí. Con unas mesas en las que te sientas y da gusto de lo bien preparadas que están, y con una alimentación... (FA-16).

TABLA 46

Tareas que realiza la cuidadora inmigrante

Limpieza de la casa	*****
Compañía	*****
Aseo del mayor	*****
Vestir al mayor	*****
Preparación de la comida	*****
Compras	****
Acompañamiento en el paseo	****
Apoyo en la movilidad	***
Atención geriátrica	**

2.2.7. Valoración del recurso y expectativas de futuro

El recurso de las inmigrantes cuidadoras no se disocia en ningún momento del problema de la inmigración en nuestro país. El problema de la regulación de los inmigrantes y la magnitud del mercado infor-

mal son algunos de los ingredientes básicos de la representación social que tienen los entrevistados sobre el recurso del que se sirven. Del otro lado se encuentran otro tipo de ingredientes, como la falta de recursos públicos y de la falta de apoyo de la administración.

Por lo que a la inmigración se refiere, los entrevistados aportan un discurso complejo en el que al bloque actual en la concesión de permisos se mezcla una fuerte empatía ante la extrema vulnerabilidad de los recién llegados. Ello se expresa sin tapujos cuando los entrevistados son preguntados por la posibilidad de regulación. Ante esta posibilidad emerge el único discurso en el que prácticamente hay unanimidad: la necesidad de regularizar la situación de todos aquellos inmigrantes que cuidan a mayores dependientes.

El problema de los inmigrantes como no ha estado bien legislado hace incurrir tanto a unos como a otros en una total ilegalidad (FA-11).

Es gente que está desamparada y necesita ayuda, como cuando nosotros íbamos a Alemania y hemos ido a Francia a la vendimia y estos sitios. Y claro, nosotros somos un país que hemos sido siempre emigrantes, eh! Te vas a Hispanoamérica y hay colectivos de todos los países (FA-1).

Si nadie tuviera que vivir de una mierda de trabajo y, más o menos mal viven... esto explotaría si los dos, tres o cuatro millones de inmigrantes que pueden vivir en este país, estuvieran muriéndose de hambre... esto explotaría por algún lado, eso es lo que hace falta, que esto explote. Para que la situación se regularice, porque no hay derecho a que nadie venga a mal vivir así y a mal criar a sus hijos en una chabola de mierda, como los he visto (FA-5).

Es de justicia y de sentido común que ante un comportamiento honesto por parte de la inmigrante que no ha venido aquí... que está trabajando durante dos años, que quiere buscar una vida mejor en nuestro país que de hecho ella lo que hace es gran parte de su sueldo enviarlo a su familia para que estén mejor para montarse una casa allí, montarse un negocio en un futuro, pues... y demostrando que durante dos años que su integración es plena, es lógico que se regularice (FA-18).

En otro orden de cosas, en el discurso de los entrevistados el mercado informal no se asocia necesariamente con la inmigración aunque se reconozca que un buen número de inmigrantes participan de ese mercado. Aunque ambos fenómenos se necesitan tienen orígenes distintos y, en definitiva, la inmigración va por un lado y el mercado informal por otro.

La economía sumergida es nuestro deporte favorito pero es que hasta para las cosas que no hace falta que haya economía sumergida, como por ejemplo fabricar zapatos. Nosotros, si puede ser, lo hacemos de manera ilegal, ¿no? Porque.. Entonces, pues francamente por mí, tendría que ser algo que debería desaparecer... Por ejemplo, la chica que yo tengo contratada lleva tres años, sin ver a sus hijos y eso es fortísimo, me parece brutal, todo el mundo tendría que tener derecho a tener su familia a tener a sus hijos... (FA-5).

La administración te obliga a que hagamos cosas ilegales porque cuando yo fui a hablar con la persona interesada, lo primero que dije y mi hermana también, en regularizar su situación y que... pero no se puede hacer porque no está regularizada ella aquí (FA-14).

La alternativa al recurso de las inmigrantes cuidadoras pasaría, en boca de nuestros entrevistados, por

una mayor presencia de recursos públicos, que en el contexto actual son claramente insuficientes. La privatización de los servicios de atención a la persona mayor dependiente no se identifica necesariamente como una mejora. Sí que lo sería, sin embargo, un mayor apoyo institucional a las familias, que son las que al fin y al cabo se hacen cargo de los mayores.

Es un tema puramente económico. La familia tiene recursos económicos, los soluciona a través de una residencias o cuidados de inmigrantes, pero no recursos públicos, no. Yo no sé las personas que económicamente no estén muy sobradas, no sé cómo solucionan este problema porque el Estado, las comunidades autónomas no... (FA-18).

Tal y como está funcionando todo que todo lo privatizan, todos los servicios públicos, pues no veo que sea posible. Ojalá tuviéramos un sistema que protegiera a los ancianos que fuera público, que funcionara... pero... vemos que cuando tenemos una necesidad real como es el cuidado de los ancianos pues no... (FA-18).

Lo que sí me gustaría es que hubiera apoyo institucional para este tipo de cosas. No tanto sitios donde internarlos, sino personal o ayudas para conseguir tener personal en casa que esté dándole el apoyo que necesiten los ancianos sin desarraigarlos (FA-19).

En general, la valoración es positiva porque soluciona un gran problema. Eso es ampliamente admitido por los entrevistados. Y, si se quiere, no es sólo un problema el que se soluciona sino que se cubren dos necesidades: la búsqueda de trabajo por parte de los inmigrantes y la atención y el cuidado por parte de los mayores dependientes. Muchos lo recomendarían, aunque son conscientes de que el éxito no está en absoluto garantizado. De que en lo informal no hay seguro contra accidentes, contra los desperfectos emocionales y la inseguridad que puede sufrir la persona mayor dependiente y su familia después de una eventual relación de abuso por parte de un inmigrante cuidador.

Pues muy bien, si tienen suerte como yo, muy bien. [...] Si, la gente va haciéndose el ánimo de coger a gente. No es igual a una que conozcas a una que no conozcas porque no sabes lo que... Pero si tienes suerte, estupendo (FA-8).

El tipo de servicio así porque sí, no, porque lo importante son las personas. Yo a esta chica si que la recomendaría, otros no lo sé. Que quieres que te diga, el tipo de servicio como un tipo de servicio no sé si lo podría llamar así, encuentras gente que es competente y gente que es buena y gente que no. De todas maneras siempre es un riesgo porque no sabes a quién te metes en casa hasta que lo tienes dentro porque ella está en casa todo el día, todo el día, y nosotros tuvimos que tener un acto de confianza con ella (FA-16).

Y el futuro pocas sorpresas nos dará si la voluntad de nuestros mayores sigue siendo acabar sus días en casa rodeados de los suyos.

Sigue habiendo muchos ancianos que en ningún momento desean salir de sus casas, o familias que desean cuidar al anciano en sus casas. Por lo tanto... No creo que vaya a desaparecer. En todo caso, tendría que sustituirse por una cosa muy parecida. Tendría que ser algo que ayudara a cuidar a los ancianos en casa. No creo que desaparezca (FA-4).

TABLA 47
Entrevistas a familiares

N.º clave	Características del entrevistado		
FA-1	Edad: 76 Situación de convivencia: con el mayor (*) en lugar diferente () Tiempo que tienen cuidador: 2 meses Situación regularización del cuidador: Sin papeles Modalidad de prestación servicios: Externa, por horas Coste de cuidados: 450 euros	Sexo: Hombre	Parentesco: Esposo
FA-2	Edad: 48 Situación de convivencia: con el mayor () en lugar diferente (*) Tiempo que tienen cuidador: 6 meses Situación regularización del cuidador: Irregular Modalidad de prestación servicios: Externo Coste de cuidados: 600 euros	Sexo: Hombre	Parentesco: Hijo
FA-3	Edad: 70 Situación de convivencia: con el mayor () en lugar diferente (*) Tiempo que tienen cuidador: 60 meses Situación regularización del cuidador: Regular con contrato y Seguridad Social Modalidad de prestación servicios: Interna Coste de cuidados: 600 euros + Seguridad Social	Sexo: Mujer	Parentesco: Hermana
FA-4	Edad: 33 Situación de convivencia: con el mayor () en lugar diferente (*) Tiempo que tienen cuidador: 12 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Coste de cuidados: 540 €/mes	Sexo: Hombre	Parentesco: nieto
FA-5	Edad: 38 Situación de convivencia: con el mayor (*) en lugar diferente () Tiempo que tienen cuidador: 3 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Externa (50 horas semanales) Coste de cuidados: 390 €/mes	Sexo: mujer	Parentesco: Hija
FA-6	Edad: 60 Situación de convivencia: con el mayor () en lugar diferente (*) Tiempo que tienen cuidador: 3 meses Situación regularización del cuidador: Irregular Modalidad de prestación servicios: Interna con contrato con S.S. Coste de cuidados: 541 € + 108 SS	Sexo: Mujer	Parentesco: Hija
FA-7	Edad: 69 Situación de convivencia: con el mayor (*) en lugar diferente () Tiempo que tienen cuidador: 42 meses Situación regularización del cuidador: Regularizado con contrato y S.S. Modalidad de prestación servicios: Interno Coste de cuidados: 630 €/mes	Sexo: mujer	Parentesco: cónyuge
FA-8	Edad: 51 Situación de convivencia: con el mayor () en lugar diferente (*) Tiempo que tienen cuidador: 18 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Coste de cuidados: 660 €/mes	Sexo: mujer	Parentesco: Hija

FA-9	Edad: 73 Situación de convivencia: con el mayor (*) en lugar diferente () Tiempo que tienen cuidador: 24 meses Situación regularización del cuidador: Irregular (origen Rusia) Modalidad de prestación servicios: Externa (30 h/semana) Coste de cuidados: 200 €/mes	Sexo: mujer Parentesco: Propio afectado
FA-10	Edad: 52 Situación de convivencia: con el mayor (*) en lugar diferente () Tiempo que tienen cuidador: 6 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Coste de cuidados: 600€/mes	Sexo: mujer Parentesco: Hija (discapacitada)
FA-11	Edad: 64 y 70 Situación de convivencia: con el mayor (*) en lugar diferente () Tiempo que tienen cuidador: 18 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Coste de cuidados: 600 €/mes	Sexo: Hombre/mujer Parentesco: sobrinos
FA-12	Edad: 60-58 Situación de convivencia: con el mayor () en lugar diferente (*) Tiempo que tienen cuidador: 6 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Coste de cuidados: 600 €/mes	Sexo: Hombre/mujer Parentesco: Hijos
FA-13	Edad: 60 Situación de convivencia: con el mayor () en lugar diferente (*) Tiempo que tienen cuidador: 24 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Por horas (35 horas/semana) Coste de cuidados: 510 €/mes	Sexo: mujer Parentesco: Hija
FA-14	Edad: 63 Situación de convivencia: con el mayor () en lugar diferente (*) Tiempo que tienen cuidador: 4 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Coste de cuidados: 720 €/mes	Sexo: hombre Parentesco: Hijo
FA-15	Edad: 63 Situación de convivencia: con el mayor (*) en lugar diferente () Tiempo que tienen cuidador: 18 meses (Ecuador) Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Coste de cuidados: 720 €/mes	Sexo: mujer Parentesco: Hija
FA-16	Edad: 46 Situación de convivencia: con el mayor (*) en lugar diferente () Tiempo que tienen cuidador: 14 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Coste de cuidados: 720 €/mes	Sexo: mujer Parentesco: tía política
FA-17	Edad: 55 Situación de convivencia: con el mayor () en lugar diferente (*) Tiempo que tienen cuidador: 12 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Coste de cuidados: 900 €/mes	Sexo: mujer Parentesco: Hija

FA-18	Edad: 39 Situación de convivencia: con el mayor () en lugar diferente (*) Tiempo que tienen cuidador: 24 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Coste de cuidados: 720 €/mes	Sexo: hombre Parentesco: Hijo
FA-19	Edad: 39 Situación de convivencia: con el mayor () en lugar diferente (*) Tiempo que tienen cuidador: 7 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Externa (30 horas/semana) Coste de cuidados: 600 €/mes	Sexo: mujer Parentesco: hija política
FA-20	Edad: 55 Situación de convivencia: con el mayor () en lugar diferente (*) Tiempo que tienen cuidador: 10 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Interna Coste de cuidados: 720 €/mes	Sexo: hombre Parentesco: Hijo
FA-21	Edad: 58 Situación de convivencia: con el mayor (*) en lugar diferente () Tiempo que tienen cuidador: 48 meses Situación regularización del cuidador: Irregular sin papeles Modalidad de prestación servicios: Externa (45 horas/semana) Coste de cuidados: 480 €/mes	Sexo: mujer Parentesco: Hija

CONCLUSIONES

Mi método consiste en realizar todo el esfuerzo posible para pensar lo que hay que decir, y después decirlo con una sencillez extrema (B. Shaw).

Llegamos a la parte más compleja del trabajo. Como dice la frase de Shaw, vamos a realizar todo el esfuerzo posible para resumir en unas páginas los resultados de una investigación elaborada a lo largo de varios meses y en la que han participado un grupo importante de investigadores.

Para presentar nuestras conclusiones seguiremos el orden apuntado en el índice de nuestro trabajo y presentaremos las mismas en cuatro apartados fundamentales:

1. El análisis de las fuentes secundarias.
2. El referido a la visión de los informantes clave.
3. El referido a la visión de los cuidadores.
4. El referido a las familias.

Finalmente, presentaremos unas sugerencias que permitan unas guías de acción futuras para posibilitar una mejora de las condiciones de los cuidadores, y especialmente de las personas mayores en situación de dependencia que se encuentran al cuidado de personas inmigrantes en nuestro país.

1. El análisis de las fuentes secundarias

Al igual que en el resto de España, la población valenciana está inmersa en un proceso de envejecimiento. En él destaca el significativo aumento de la población de más de 65 años y también del grupo de edad de 80 y más años. La población valenciana más envejecida es la que reside en la provincia de Castellón, donde se alcanza un fuerte peso relativo de mayores y de población longeva.

En el territorio valenciano el número de personas mayores que sufren algún tipo de discapacidad asciende a 228.313 en 1999 (Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, INE). El panorama de la dependencia entre la gente mayor valenciana es mucho peor entre las mujeres que entre los hombres. No sólo por las prevalencias de discapacidad a cada grupo de edad, sino también en lo que concierne al más fuerte aumento de la discapacidad con la edad entre ellas. Entre la población mayor valenciana, salvo los problemas de oído y vista, las diferencias de discapacidad entre sexos son sustanciales y muy desfavorables a las mujeres. Y, en general, en el territorio valenciano existe, entre los mayores un elevado grado de dependencia para desarrollar las actividades de la vida diaria. La discapacidad registra magnitudes muy diferentes entre las tres provincias valencianas. La provincia de Valencia es la que presenta una menor prevalencia. Contrariamente, en Castellón la prevalencia de la discapacidad es mucho más fuerte que en las otras dos provincias valencianas. De la misma manera, también se observan peores percepciones de salud en este último territorio.

En el País Valenciano las hijas siguen constituyendo la principal fuente de provisión de cuidados de los mayores. La ayuda de una asistente retribuida representa la siguiente fuente de provisión después de la familia y seguida por la provisión de cuidados de los servicios sociales. Se estima en casi un cuarto el porcentaje de cuidadores que dedican prácticamente las 24 horas del día al cuidado de la persona mayor. El contexto valenciano actual ilustra perfectamente el agotamiento de la familia en la situación de cuidados al mayor dependiente.

Por otro lado, la atención a situaciones de dependencia tiene unos costos muy elevados. Sin embargo, los recursos ofertados a través de las instituciones formales son escasos y el acceso a los mismos en función de los ingresos familiares es difícil. En el año 2002 y por lo que se refiere al Servicio de Asistencia a Domicilio, el índice de cobertura de asistencia de la gente mayor en la Comunidad Valenciana todavía es más ridículo, si cabe, que el correspondiente y reconocido bajo nivel español: 1,80% y 2,80%, respectivamente. En la Comunidad Valenciana este índice se ha reducido en los dos últimos años, al igual que el índice de cobertura del servicio público de teleasistencia que pasó de la cifra del 1,99 en el año 2000 a la todavía peor cifra de 1,70% en el año 2001. Todavía más bajos son los índices de cobertura de las plazas de los centros de día dirigidos a personas mayores dependientes 0,04% en 2001 y 0,21 en el año 2002. Este incremento es debido al auge de las plazas en centros privados (índice de cobertura del 0,14%), porque en lo que concierne a las plazas en los centros públicos y concertados el índice de cobertura únicamente alcanza el 0,06%.

Actualmente, la sociedad valenciana afronta el reto de integrar un importante contingente de inmigrantes que se ha sobrealimentado en los últimos años. En la Comunidad Valenciana lo más característico de la inmigración es su extrema dualidad: los residentes comunitarios, mayormente pensionistas, y los inmigrantes económicos procedentes de países pobres. La pirámide de edades y sexo de los residentes

extranjeros en la provincia de Alicante es la que más contribuye a la configuración de la pirámide de los extranjeros de la Comunidad Valenciana. En ésta los extranjeros presentan una estructura envejecida con población mayoritariamente comunitaria y una presencia relativamente importante de inmigrantes procedentes de América del Sur y África, con una estructura más joven y masculinizada. También observamos una importante población inmigrante masculinizada de edades jóvenes-adultas en Castellón principalmente proveniente de países del este de Europa (rumanos). Por lo que a estructura se refiere, la población inmigrante de la provincia de Valencia se asemeja a la de Castellón, aunque el origen difiere, con una presencia mayoritaria de latinoamericanos.

La importancia del recurso a la inmigrante cuidadora es, en la Comunidad Valenciana, la consecuencia de 1) una política de la vejez que no invierte lo suficiente en la provisión de oferta de plazas públicas, 2) el importante costo económico que supone para la familia la utilización del recurso privado, y 3) la dimensión familiar de la gestión de la discapacidad en la vejez que supera con creces la preferencia por cualquier otra iniciativa, que encuentra en este formato de ayuda unas condiciones especiales de ajuste.

2. La visión de los informantes clave

En todos los puntos geográficos sondeados a lo largo del territorio valenciano y gracias al testimonio de los informantes clave se reconoce y se describe el recurso de las inmigrantes cuidadoras que se encuentran a cargo de mayores discapacitados. Se trata de un fenómeno de reciente aparición y con una rápida expansión. De hecho podemos afirmar que, en la atención a la vejez, la irrupción de esta provisión de ayuda está adquiriendo grandes magnitudes.

Cada tipo de informante clave nos ha resaltado unas dimensiones específicas del fenómeno.

1. Los servicios sociales basan su razonamiento en la gestión de los recursos y en las necesidades y la vulnerabilidad de los dos grupos poblacionales: los inmigrantes y los mayores. Se erigen en portavoces de los principales problemas de los inmigrantes sin permiso de trabajo y de la falta de recursos para la gente mayor discapacitada.
2. Los agentes de la intermediación, ya sean los sindicatos, las asociaciones de acogida laicas o religiosas, o las empresas de SAD, se centran en las inmigrantes cuidadoras y en las principales fuentes de privación de sus derechos: la política de inmigración y la regulación del sector de los servicios domésticos.
3. Las redes de los inmigrantes ofrecen un relato íntimo de las difíciles vivencias del recurso y una visión desde fuera de nuestros valores familiares.
4. Las asociaciones de personas mayores o de familiares de personas mayores dependientes ponen el acento en los desajustes que vive el sector del cuidado de los mayores y sobre la mala adaptación entre necesidades —a veces muy específicas— de la atención y los recursos existentes.

En la Comunidad Valenciana, es en el seno de la familia donde se decide y se organiza el cuidado de las personas mayores. La provisión mayoritaria de atención siguen siendo las hijas o las nueras, e incluso las esposas. Los informantes clave entrevistados reconocen que el cuidado por parte de inmigrantes, princi-

palmente en la economía sumergida, se está erigiendo como la principal alternativa, como la segunda fuente proveedora. La fuerte tradición y las proporciones que alcanza el mercado informal, junto con las crecientes dificultades que encuentran las empresas para contratar a personas sin papeles son reconocidos ampliamente como factores que explican que el servicio doméstico aparezca como el nicho donde mejor se emplazan las mujeres inmigrantes sin permiso de residencia en la Comunidad Valenciana.

A los informantes de los servicios sociales les resulta difícil reconocer un solo fenómeno. En general reconocen dos realidades que afectan a dos colectivos. Desde esta perspectiva plantean la solución de la ayuda recíproca entre ambos actores: los inmigrantes consiguen trabajo, y muchas veces cobijo, y los mayores dependientes consiguen atención. Ello constituye la parte más positiva del recurso; lo negativo es la calidad del servicio, nos dicen las asociaciones de familiares de personas mayores dependientes, que es baja y no está necesariamente dirigida a los cuidados específicos. Y, por el lado de los inmigrantes, también es perjudicial porque consigna a la inmigrante a las catacumbas de lo laboral. Además, las difíciles condiciones laborales, familiares, la dureza de muchas tareas, la presión psicológica a la que están sometidas las cuidadoras, etc., favorecen el fenómeno de la rotación.

Por orden de importancia los mayores que recurren a estos servicios suelen ser mujeres, matrimonios, hombres, y los motivos por los que se demanda el cuidado son bastante variados. Las personas mayores que utilizan este recurso más frecuentemente son los que sufren enfermedades mentales degenerativas (Alzheimer y Parkinson). La soledad se apunta como uno de los determinantes más importantes, aunque este aspecto no se ratifica con el testimonio de las familias.

Los servicios sociales de los ayuntamientos responden con frecuencia que las familias que recurren a estos servicios son de clase media-alta. En cambio, entre los que creen que las pensiones son bajas, y que los mayores no necesariamente viven en la abundancia priman los agentes de la intermediación. Sin duda esta contradicción deriva de las diferentes percepciones socioeconómicas de los agentes. Sin embargo, no hay contradicción aparente cuando preguntamos por la principal fuente de financiación de este cuidado: parece haber un fuerte consenso entre los informadores en el sentido de que es la familia quien se hace cargo más frecuentemente del pago de la cuidadora. En la segunda fase de nuestro estudio, al preguntar a las familias, hemos comprobado que es la clase media la que más frecuentemente recurre al recurso. Los informantes clave reconocen ciertas dificultades en la relación entre la inmigrante cuidadora y la persona mayor y su familia. Sin embargo, califican como casos aislados los abusos realizados por una de las partes.

El perfil medio de la inmigrante cuidadora sería: mujer de edad adulta-joven proveniente de Ecuador, Colombia o Rumania, sin papeles, normalmente casada y con hijos, que ha dejado su familia en el país de origen. La falta de formación específica repercute en la calidad del cuidado aunque se intenta compensar con algunas características personales que los servicios formales no suelen ofrecer en gran medida: paciencia y buen carácter. Además, la cuidadora proporciona aseo, cuidados pero también compañía, algo muy difícil si no imposible de encontrar en el mercado formal— y afecto, puntos muy valorados por parte del mayor, según nos indican nuestros informantes. Por todo ello, las inmigrantes cobran entre 480 y 900 euros. Es difícil encontrar razones a dicha variación de precios, si bien, parece tener que ver con el tamaño de la localidad. En definitiva, este recurso aunque tiene sus propias reglas muestra una gran capacidad de flexibilidad funcional y salarial.

La falta de recursos formales de proximidad, la falta de ciudadanas españolas que quieran realizar este tipo de servicio, la intención de evitar la institucionalización, el precio, etc., son algunas de las principales motivaciones del recurso según los informantes clave. Por lo que se refiere a los determinantes macrosociales, los razonamientos aluden a que la masiva incorporación de la mujer en el mercado de trabajo ha generado una ausencia de cuidadoras que tradicionalmente se hacían cargo del cuidado de los mayores en el ámbito familiar, o al hecho de que se trata de un yacimiento de empleo importante para los inmigrantes puesto que los españoles no aceptan este tipo de trabajo.

Las familias y los inmigrantes contactan mayoritariamente con la ayuda de un mediador. La mediación institucional y sin ánimo de lucro confiere seguridad a las familias y esto queda expresado tanto por los informantes clave como por las familias. Mientras que aquella mediación en la que intervienen empresas o personas con ánimo de lucro no gozan de buena prensa. Por lo general, las reglas del juego se acaban diseñando entre la familia y la inmigrante, lo que no excluye que algunas instituciones se reserven un cierto papel de control y seguimiento. De entre los agentes mediadores consultados como informantes clave son los servicios sociales de algunos ayuntamientos los que juegan el mejor papel. Por su especial apoyo a las poblaciones vulnerables, por su conocimiento de las necesidades de las familias, de los mayores y de los inmigrantes. Sin embargo nuestra percepción de los agentes mediadores y del papel que juegan se ha ampliado considerablemente en las entrevistas a las familias: Cáritas, Red Acoge, Cruz Roja protagonizan un importante papel en la mediación, aunque esta última institución no media con inmigrantes en situación irregular.

La valoración más comúnmente expresada es que las personas mayores y sus familias están satisfechos de haber recurrido al servicio de una inmigrante. Sin embargo, la alta rotación de las cuidadoras, su falta de formación, su lentitud, su forma diferente de realizar las tareas domésticas y su frecuente abuso de la relación de afecto con el mayor constituyen las principales críticas negativas sobre las cuidadoras inmigrantes que nuestros informantes clave identifican entre las familias y los mayores. Los informantes clave aluden a que este trabajo es valorado negativamente por las inmigrantes, que aguantan en él hasta que encuentran algo mejor.

Sobre los efectos colaterales, los informantes entrevistados opinan, en gran número, que el recurso contribuye a mantener y aumentar la precariedad. Principalmente la de los inmigrantes que se han de integrar en un trabajo de extrema dureza, y en las personas mayores que están atendidas por personal no especializado. Sin medidas correctoras de regulación y de intervención en la formación de las cuidadoras, opinan algunos informantes clave, lejos de mejorar, el recurso empeorará. Otros informantes clave opinan, que en este recurso lo beneficioso supera con creces lo perjudicial. Para la mayoría de ellos, la incertidumbre frente a las políticas de inmigración e integración laboral es lo que más alimenta el recurso.

3. La opinión de las cuidadoras inmigrantes

Entre las inmigrantes cuidadoras muy pocas son las que llevan más de tres años en nuestro país y la mayoría se encuentran en situación irregular. El contacto entre la inmigrante y la familia se produce mayoritariamente a través de asociaciones de tipo laico o religioso, aunque muchas de las inmigrantes

han utilizado sus propias redes para llegar hasta la familias. El principal motivo por el que aceptan este trabajo es el económico, aunque también aparecen el interés por el cuidado de la persona mayor y el desarrollo de la actividad como una fuente de satisfacción profesional, por un lado, y el hecho de que no tienen ninguna otra alternativa, por otro.

Las enfermedades neurodegenerativas (demencias y Parkinson) constituyen las principales patologías por las que se ven afectados las personas mayores que atienden las cuidadoras. De ello se deriva las situaciones de sobrecarga a las que muy frecuentemente se ven expuestas las inmigrantes. Éstas, a falta de formación adecuada, se guían por sus propias experiencias en la atención del mayor. A la falta de formación se une el problema idiomático de algunas cuidadoras, lo que dificulta el entendimiento adecuado con el mayor. Por otro lado, las relaciones que se establecen entre la cuidadora y la familia suelen ser buenas, aunque en ocasiones emerge un sentimiento de explotación.

Las inmigrantes con estudios universitarios expresan cierta frustración personal al valorar su trabajo como cuidadoras. Los prolongados horarios de trabajo, el mismo sentimiento de explotación y el agotamiento también contribuyen a acentuar este sentimiento.

4. La opinión de las propias personas mayores y de sus familias

Por lo que a las familias se refiere, nuestro estudio ha puesto en evidencia que este fenómeno les es suficientemente conocido. En poco tiempo ha pasado de ser considerado como algo exótico a ser concebido como un recurso cercano y posible. En nuestra incursión, los familiares nos han ofrecido una imagen compleja del mismo. El recurso nos aparece multifuncional, con un amplio abanico de situaciones de convivencia, con diferentes repartos de responsabilidad entre la inmigrante cuidadora y la familia. En ocasiones se recurre a una inmigrante cuidadora con la intención de encontrar un soporte en las tareas domésticas, un acompañamiento en los paseos. Otras veces la ayuda de la cuidadora supone una importante descarga, en actividades que requieren de un esfuerzo físico muy intenso, para el familiar en el que recaía la mayor responsabilidad de cuidado. Existen otros contextos en los que la progresiva discapacidad del mayor demanda un permanente reajuste de la distribución de tareas bajo el cual la inmigrante cuidadora ha de mostrarse abierta a una readaptación continua. En resumen, el recurso se caracteriza por la importante flexibilidad de horarios, de funciones y responsabilidades, de salarios, de situaciones de convivencia, etc.

La entrada de una cuidadora en casa plantea importantes retos para la convivencia y, dependiendo de la discapacidad que sufra la persona mayor, serán más o menos importantes los aspectos íntimos que habrá que compartir. Ello no está siempre perfectamente asimilado por parte del mayor, quien puede llegar a dificultar la realización de las tareas para las que la inmigrante ha sido contratada. Ante ello, la inmigrante se ve expuesta a múltiples situaciones difíciles: críticas severas, contextos que exigen una atención y vigilancia extremas, situaciones de fuerte carga emotiva, y todo ello sin dejar de mostrar una cierta generosidad afectiva con la persona mayor.

Las razones familiares son las que más pesan en la decisión de encontrar la ayuda de una inmigrante. Entre ellas destacan el trabajo de los hijos y de los familiares más cercanos. En ningún momento hemos

encontrado que la decisión de recurrir a una inmigrante cuidadora sea el resultado de un largo proceso de reflexión y preparación meditada que la persona mayor realiza en soledad o con su pareja. Ello no quiere decir que estas situaciones no existan, sino que simplemente no forman parte de la representación cotidiana de la vejez. En general, el problema de la atención en la vejez sobrepasa los límites del hogar nuclear y se sitúa en un círculo amplio de lazos solidarios familiares, con la frecuente intervención de vecinos y allegados. La voluntad de no separarse del discapacitado o de que éste permanezca en su entorno acaba por circunscribir las opciones al ámbito familiar al tiempo que se rechaza, con una fuerte y compleja carga dialéctica, la institucionalización de la persona mayor.

Todo ello se emplaza fuera del mercado formal, lo que no quiere decir que esté carente de reglas eficientes y de complejos pactos de confianza entre inmigrantes, familiares y mediadores. Los familiares confirman que la intervención de un mediador institucional otorga un mayor grado de confianza. De hecho, la convivencia con una inmigrante cuidadora que ha sido localizada por cuenta propia, sin la mediación de un tercero, se muestra carente de garantías suficientes. Finalmente, las mediaciones organizadas con ánimo de lucro, además de incurrir frecuentemente en abusos, no ofrecen las mismas garantías que las organizadas por ONG religiosas o laicas y asociaciones de familiares de personas mayores.

El papel que juega la familia en el recurso se muestra también importante. Los familiares pueden estar ausentes, pero por razones obvias nuestra selección no nos permite acercarnos adecuadamente a esta casuística. En nuestra muestra, la importancia de lo familiar es perfectamente perceptible incluso en situaciones de mayores que viven solos con una inmigrante cuidadora. En muchas ocasiones los familiares conforman un puente relacional entre la persona mayor y la cuidadora, responsabilizándose de la adaptación de ésta en el trabajo y de su integración familiar. No son raras las ocasiones en que los familiares se sienten responsables de la inmigrante y sienten la necesidad de protegerla: ella protege al mayor vulnerable y la familia la protege a ella. Al otro lado, se dan casos en que la familia establece una relación puramente mercantil con la cuidadora, pero nos aparecen más frecuentemente los casos en que se establecen lazos afectivos importantes.

Es de especial relevancia el hecho de que las familias valencianas que recurren a este servicio pertenecen a la clase media, es decir, representan la familia tipo mayoritaria. La Administración pública considera que superan la cuota de recursos económicos que les permitiría un acceso a los servicios públicos de atención a la persona mayor y, sin embargo, sus recursos tampoco son suficientes como para abrirse un acceso a los servicios del mercado privado. Los servicios privados aparecen escasamente en los discursos. Cuando son mencionados, su carestía, en comparación con las cuidadoras inmigrantes, es el rasgo más señalado, aunque, en ocasiones, se llega a pagar a la inmigrante cuidadora interna cantidades que se acercan a lo que se tendría que abonar por una plaza de residencia privada. Las asociaciones de familiares de mayores con enfermedad de Alzheimer o Parkinson aparecen como un recurso útil y al alcance de los familiares, lo que representa un alivio importante en el cuidado de los mayores. Con cantidades poco importantes los enfermos acceden a servicios de atención profesional y especializada, mientras que las familias acceden a servicios de respiro y descanso.

El recurso de las inmigrantes cuidadoras aparece muy asociado al problema de la inmigración en nuestro país: el problema de la regulación y la magnitud del mercado informal. También aparecen cuestiones como la falta de recursos públicos y la falta de apoyo de la Administración. Sobre la inmigración los

entrevistados aportan un discurso complejo en el que al bloqueo actual en la concesión de permisos se mezcla una fuerte empatía ante la extrema vulnerabilidad de los recién llegados. Sin embargo, el mercado informal no se asocia necesariamente con la inmigración aunque se reconozca la mutua influencia: estos fenómenos tienen orígenes distintos, la inmigración va por un lado y el mercado informal por otro. La alternativa a la situación actual requiere una mayor presencia de recursos públicos, insuficientes en la actualidad. La privatización de los servicios de atención a la persona mayor dependiente no se percibe como una mejora, sin embargo, sí que se percibiría como tal un mayor apoyo institucional a las familias.

Capítulo 4

*EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES REALIZADO
POR CIUDADANOS INMIGRANTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID*

Carlos Pereda
Miguel Ángel de Prada
Walter Actis

Colaboradoras:

Emma Mateos
Clara Guillé
Marcela Ulloa
Martha Elena Acosta

Colectivo IOÉ

1. LA PERCEPCIÓN DEL FENÓMENO

1.1. ANÁLISIS DE FUENTES SECUNDARIAS

En este primer apartado se recoge y sistematiza la información secundaria disponible en la Comunidad de Madrid sobre la población mayor y su estado de salud, discapacidad y dependencia; la población inmigrante presente en el territorio de la Comunidad y específicamente en los municipios y distritos de Madrid escogidos para llevar a cabo la investigación (Leganés, Alcobendas y distritos madrileños de Tetuán, Moncloa-Aravaca y Villaverde). Asimismo, se hace una exploración de la documentación y estudios sociales existentes en torno a los recursos públicos y privados para atender a las personas mayores y se recogen datos contextuales sobre la evolución de algunos indicadores económicos y sociales de la Comunidad (estructura económica, mercado de trabajo, salarios y pensiones).

Las principales fuentes estudiadas proceden del Instituto Nacional de Estadística (Censos de población, Encuestas de Población Activa y Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud), del Instituto de Estudios Fiscales (Empleo, Salarios y Pensiones en las Fuentes Tributarias), del Ayuntamiento de Madrid (Padrón Municipal de la Ciudad de Madrid), del Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO (Datos estadísticos sobre las personas mayores en la Comunidad de Madrid) y de Colectivo IOÉ (Encuesta a personas inmigrantes que cuidan a población de personas mayores y enfermas en sus hogares en la Comunidad de Madrid, 2000).

1.1.1. Indicadores demográficos

A partir de los censos de población se puede obtener una visión de conjunto de la evolución de la población madrileña y, en particular, del creciente peso de las personas mayores. Después nos detendremos en los principales resultados del Censo de Población de 2001 por tramos edad-sexo. Distinguiremos la situación en la ciudad de Madrid, en el resto de la comunidad y en los dos municipios de la periferia donde vamos a desarrollar el trabajo de campo (Leganés y Alcobendas).

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN LOS ÚLTIMOS TREINTA AÑOS

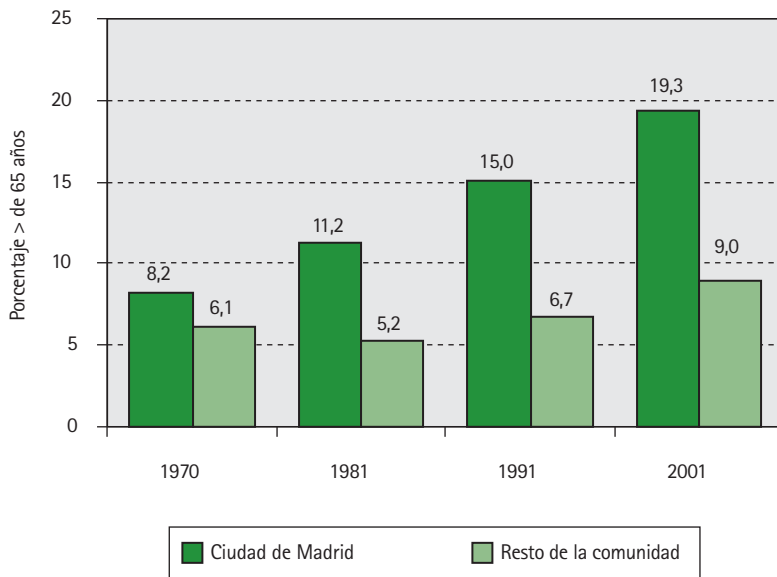
En los últimos treinta años la población total de la Comunidad de Madrid ha pasado de 3,7 a 5,4 millones, lo que supone un incremento general del 44%. Sin embargo, este crecimiento ha sido muy diverso territorialmente: mientras la ciudad de Madrid ha perdido el 6% de su población, el resto de la comunidad casi se ha triplicado (+288%).

Por tramos de edad la evolución de la población ha sido también muy diversa. Los niños y niñas han disminuido en un 27%, la población en edad laboral ha crecido en un 61% y las personas mayores casi se han duplicado (+167%). Por consiguiente la población general se ha envejecido muy sensiblemente y las personas de 65 y más años han pasado del 7,9% al 14,6%.

Territorialmente, la tasa de población de personas mayores en la ciudad de Madrid (19,3%) es más del doble que la tasa en el resto de la comunidad (9%), siguiendo históricamente la evolución que se recoge en el Gráfico 1

GRÁFICO 1

Evolución de la población de 65 y más años en la ciudad de Madrid y en el resto de la comunidad



Fuente: INE, Censos de Población. Elaboración de Colectivo IOÉ.

DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES POR TRAMOS DE EDAD Y SEXO

Según el Censo de 2001 hay en la Comunidad de Madrid 790.000 personas de 65 y más años, que representan el 14,6% de la población total. De esas personas, el 40% son hombres y el 60% mujeres, diferencia que se incrementa a partir de los 75 años (35% / 65%) y todavía más en quienes tienen 85 y más años (27% / 73%).

La distribución anterior varía mucho en función de los municipios, ya que la ciudad de Madrid, donde vive el 54% de la población total regional, concentra el 72% de la población de personas mayores 65 y más años). Por sexos, la ciudad de Madrid alberga al 73% de las mujeres mayores y al 70% de los hombres.

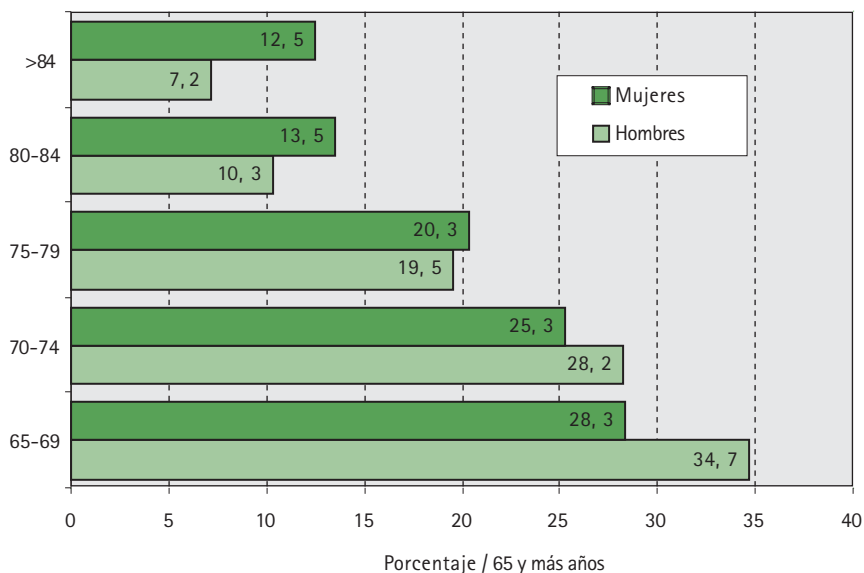
Dentro de las personas mayores, podemos distinguir dos segmentos: los que tienen entre 65 y 74 años y los que tienen más de 75. En general, los hombres están casi diez puntos porcentuales más que las mujeres en el primer segmento (63% / 54%), lo que otorga al colectivo masculino un promedio de edad

sensiblemente menor, consecuencia de su mayor mortalidad. Esta diferencia ocurre igualmente en la ciudad de Madrid y en el resto de municipios.

Si el conjunto de las personas mayores lo distribuimos en tramos de cinco años, se puede observar que el número de personas disminuye a medida que avanza la edad, como efecto inevitable del incremento de la mortalidad. Esta evolución, no obstante, es mucho más pronunciada en los hombres que en las mujeres, debido a la mayor esperanza de vida de éstas. El Gráfico 2 recoge esta evolución.

GRÁFICO 2

Personas mayores por grupos quinquenales y sexo



Fuente: INE, Censo de Población de 2001. Elaboración de Colectivo IOÉ.

LAS PERSONAS MAYORES EN LEGANÉS Y ALCOBENDAS

236

La proporción de personas mayores en estos dos municipios es casi la mitad que en la ciudad de Madrid: 8,1% en Alcobendas y 10,4% en Leganés. Por sexos, la proporción de mujeres es dos puntos más elevada que la de los hombres en ambos municipios (mucho menor que en la ciudad de Madrid donde era de 5 puntos). Asimismo, dentro del colectivo de personas mayores prevalecen los menores de 75 años (61 y 63%, respectivamente) sobre los mayores de esa edad (en la ciudad de Madrid ese porcentaje era del 57%).

1.1.2. Indicadores de salud

La *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, de 1999, aplicó un *Cuestionario de Salud* a una muestra de 69.555 personas en España, de las que 1.759 corresponden a la Comunidad de Madrid.

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DEL ESTADO DE SALUD

Como era previsible, la población de personas mayores tiene una percepción más negativa de su estado de salud que el resto de la población. El 15,6% de las personas con 65 y más años considera *malo o muy malo* su estado de salud, una proporción seis veces mayor que en el caso de las personas menores de 65 años (2,6%). Y casi la mitad de las personas mayores (42,6%) estima que tiene una salud «regular», percepción que tiene menos de una quinta parte (14,7%) de quienes tienen menos de 65 años.

Por otra parte, hay que destacar que son muchas más las personas mayores que consideran bueno o muy bueno su estado de salud (48,4%) que quienes lo consideran malo o muy malo (12,1%). Incluso las mayores de 75 años perciben su salud como buena o muy buena (42,8%) en proporción muy superior a quienes tienen una percepción negativa de la misma (14,6).

Por sexos las diferencias son muy importantes, ya que las mujeres tienen una percepción de su estado de salud más negativa que los hombres. Esta diferencia es muy pequeña antes de los 65 años pero se agudiza a partir de esa edad: mientras sólo el 8,4% de los hombres mayores de edad considera malo o muy malo su estado de salud, tiene esa percepción el 14,6% de las mujeres. Además, como la esperanza de vida de las mujeres es sensiblemente mayor, la diferencia en números absolutos del número total de mujeres y hombres con mala salud es todavía mucho más pronunciada: en la Comunidad de Madrid había en 1999 unas 65.000 mujeres mayores con «mala salud» por sólo 25.000 hombres mayores (casi tres veces menos). Si esta comparación la establecemos entre las personas mayores de 75 años, las mujeres con mala salud son 33.000 y los hombres 11.000. Esto quiere decir que la demanda de cuidados personales será mucho más frecuente por parte de mujeres que de hombres, tal como se confirma en otras estadísticas.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Lo primero que llama la atención es la gran proporción de personas (45,1%) que padece *alguna enfermedad crónica* en la Comunidad de Madrid. Una proporción que, de nuevo, es mayor entre las mujeres (50%) que entre los hombres (40%) y que se incrementa con toda lógica a medida que avanza la edad:

- 18% entre 0-15 años.
- 35% entre 16-34.
- 46% entre 35-54.
- 67% entre 55-64.

- 75% entre 66-74.
- 84% en los mayores de 74 años.

Entre las personas de 65 y más años las diferencias por sexo se acentúan: son de 13 puntos antes de los 75 años (81% las mujeres / 68% los hombres) y de 7 después de esa edad (87% / 80%).

Por tipos de enfermedad, la más común en la población general son las *alergias*, que afectan en Madrid a más de 700.000 personas (14,1% de la población); le siguen la *artrosis* y *problemas reumáticos* (663.000 personas, 13,2%), los *problemas de circulación* (415.000, 8,3%), la *hipertensión arterial* (396.000, 7,9%) y los *problemas de nervios, depresiones o dificultades para dormir* (331.000, 6,6%).

Sin embargo, entre las personas mayores la enfermedad más común es la *artrosis* y los *problemas reumáticos*, que afectan al 42% de la población de 65 y más años (318.000 personas). La artrosis afecta mucho más a las mujeres mayores, de las cuales más de la mitad (56%) se encuentran afectadas, por sólo el 22% de los hombres.

A continuación se sitúa la *hipertensión arterial*, que afecta a 202.000 personas mayores (27%). En este caso, la proporción de mujeres y hombres afectados es muy parecida: 28% las mujeres y 25% los hombres.

En tercer lugar, la enfermedad crónica más frecuente es la *mala circulación*, que afecta a 157.000 personas (21% de la población de personas mayores); las mujeres sufren de mala circulación en una proporción doble (26%) que los hombres (13%).

En cuarto lugar aparece el *colesterol alto*, que lo padecen 115.000 personas mayores (15%), siendo más frecuente entre las mujeres (18%) que entre los hombres (11%).

Siguen a continuación los problemas de *nervios, depresiones o dificultades para dormir*, padecidos por 104.000 personas ancianas (14%), de ellas cuatro veces más mujeres (20%) que hombres (6%). Entre las personas de 75 y más años esta enfermedad se sitúa en cuarto lugar, por delante del colesterol alto.

Con menor prevalencia aparecen después las *enfermedades de corazón* (13%), *hernias* (12%), *diabetes* (11%), *alergias* (11%) y *bronquitis crónica, asma o enfisema* (10%).

ACCIDENTES EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (1999)

Después de las enfermedades son los *accidentes* los principales causantes de discapacidades y deficiencias. Sin embargo, a diferencia de las enfermedades que afectan más a la población de personas mayores, los accidentes inciden más en la población menor de 65 años. Vamos a distinguir, de acuerdo al *Cuestionario de Salud de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud*, los accidentes de tráfico y otros tipos de accidentes (que incluyen los laborales, domésticos, etc.).

Del total de personas afectadas por *accidentes de tráfico* en la Comunidad de Madrid en 1999 (80.000 casos), sólo el 7,5% correspondió a población con 65 y más años (6.000 casos). Además, la influencia de los accidentes en la salud sólo fue grave en el 11% de los casos (27% entre los menores de 65 años). Las

personas mayores accidentadas que conducían el vehículo eran el 31%, el 41% pasajeras y el 28% peatones. Entre los menores de 65 prevalecían los conductores y había muchos menos peatones, lo que quiere decir que —en términos relativos— *el principal riesgo de accidentes de tráfico para las personas mayores lo tienen en cuanto peatones.*

De los demás tipos de accidente (todos a excepción de los de tráfico), el número de siniestros correspondientes a personas mayores fue de 56.000, que representan el 17% del total de los ocurridos en la Comunidad de Madrid en 1999 (326.000 casos). Por tanto este tipo de accidentes tiene una prevalencia mucho mayor que los de tráfico. El lugar donde más se accidentan las personas mayores es su propio hogar (49% de los siniestros), seguido muy de cerca por «la vía o lugar público» (48%); entre las personas menores de 65 años, el principal lugar de accidentes es el centro de trabajo (39%), seguido de la vía o lugar público (33%) y el hogar y las actividades deportivas (ambos con el 14%). La incidencia en el estado de salud de las personas mayores accidentadas fue grave en el 19% de los casos, importante en el 32% y leve en el 48% (estas proporciones presentan una incidencia mucho mayor que en las personas menores de 65 años, para las que los accidentes graves representaron el 12% y los importantes el 21%). Por tanto, en general podemos concluir que los accidentes dentro del hogar y en las vías y lugares públicos presentan para la población de personas mayores una incidencia y gravedad mayor que para la población general, al revés de lo que ocurre en los accidentes de tráfico, laborales y deportivos.

El *Cuestionario de Salud de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud* permite saber también el número de días con limitaciones para las actividades de la vida cotidiana en el último mes antes de aplicar la encuesta, sin contar en este caso a las personas con discapacidades permanentes. Se trata, por tanto, de saber cuántos días la población sin discapacidades se encontró temporalmente en situación de dependencia de otras personas para realizar las actividades cotidianas (enfermedad temporal, traumatismos, etc.). Pues bien, tan sólo el 6% de las personas de 65 y más años (40.000 casos, con similar proporción por sexos) tuvo algún día con limitaciones en el último mes, proporción que sube al 8% entre los menores de 65 años. Esto significa que, si descontamos a las personas con discapacidades permanentes, las mayores de 64 años padecen limitaciones temporales con menor frecuencia que la población joven o adulta en edad laboral. Sin embargo, cuando las personas ancianas padecen limitaciones temporales, éstas les duran más días; así, del total de incapacitados temporales en el último mes, lo estuvieron más de 14 días el 52% de los ancianos y sólo el 26% de los menores de 65 años.

PERSONAS CON DISCAPACIDADES. PREVALENCIA DE CADA DISCAPACIDAD

La proporción de personas con discapacidades en Madrid (7%) es bastante inferior a la media estatal (9%) y su reparto por edades está muy polarizado: 3,5% entre los menores de 65 años y 26% entre los ancianos (198.000 personas con 65 y más años). A su vez, la prevalencia dentro de este último sector se incrementa constantemente a medida que avanzan los tramos de edad:

- 17% entre 65-69 años.
- 22% entre 70-74 años.
- 29% entre 75-79 años.
- 44% en los de 80 y más años.

Por sexos, la prevalencia de discapacidades a partir de los 65 años es mucho mayor entre las mujeres (31%) que entre los hombres (20%), incrementándose esta cifra a medida que avanzan los tramos de edad de cada grupo etario. A consecuencia de este hecho, y debido a la mayor longevidad de las mujeres, existe un número de mujeres mayores con discapacidades (137.000) muy superior al de hombres (60.000), por lo que la demanda de cuidados a domicilio será mucho mayor por parte de las mujeres.

Por tipos de discapacidad, si nos ceñimos a las personas mayores, las más frecuentes son las siguientes:

1. *Desplazarse fuera del hogar*: afecta al 20% de las mujeres y al 10% de los hombres con 65 y más años. En números absolutos son 90.000 mujeres y 29.000 hombres.
2. *Realizar las tareas del hogar*: 14% de las mujeres y 5% de los hombres, es decir, 61.000 mujeres y 16.000 hombres.
3. *Problemas de visión*: 11% de las mujeres y 7% de los hombres. En total, 49.000 mujeres y 22.000 hombres.
4. *Problemas de audición*: 10% de las mujeres y 8% de los hombres, que suman 46.000 y 24.000 respectivamente.
5. *Desplazarse dentro del hogar*: 11% de las mujeres y 5% de los hombres. En total, 49.000 y 16.000 personas.
6. *Utilizar brazos y manos*: 10% de las mujeres y 5% de los hombres, que suponen 44.000 y 14.000 personas respectivamente.
7. *Cuidar de la propia persona*: 6% y 4% respectivamente.
8. *Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas*: 5% y 2% respectivamente.
9. *Dificultad para comunicarse*: 3,2% y 2,8% respectivamente.

De lo anterior se desprende que las mujeres presentan más discapacidades que los hombres en todos los tipos, siendo especialmente grande esa diferencia en las habilidades que requieren habilidades motóricas: desplazarse dentro y fuera del hogar, hacer las tareas domésticas, utilizar brazos y manos. En las personas de 75 y más años los problemas de dependencia prácticamente se duplican en ambos sexos en relación a las personas de 65 a 74 años.

DEFICIENCIAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* indagó acerca del origen de las discapacidades, distinguiendo hasta ocho deficiencias a nivel orgánico como causantes de las limitaciones funcionales. Entre las personas mayores, las más importantes son las siguientes:

1. *Deficiencias osteoarticulares*: son las más frecuentes y afectan ellas solas al 36% de las personas con discapacidades. Sin embargo, inciden en las mujeres en una proporción muy superior (41%, 56.000 pacientes) a los hombres (24%, 14.000 pacientes).
2. *Deficiencias visuales*: afectan al 32% de las del colectivo con discapacidades mayor de 64 años, incidiendo algo más en los hombres (33%) que en las mujeres (31%).

3. *Deficiencias del oído*: afectan al 29% del colectivo y también en este caso tienen una mayor presencia en los hombres (32%) que en las mujeres (27%).
4. *Deficiencias mentales*: afectan en ambos sexos al 10% de las personas ancianas con discapacidades de la Comunidad de Madrid.
5. *Deficiencias del sistema nervioso*: son deficiencias de tipo físico que afectan al sistema nervioso central o periférico y que dan lugar a lesiones músculo-esqueléticas y de las articulaciones. Afectan al 9% de las personas con discapacidades, siendo esta proporción mucho mayor en los hombres (14%) que en las mujeres (7%). Probablemente incida en ello el que los accidentes graves —de tráfico y laborales— afectan más a los hombres que a las mujeres.
6. *Deficiencias viscerales*: afectan al 7% de los hombres y al 4% de las mujeres.
7. *Deficiencias del habla (mudez y habla dificultosa)*: afectan en doble proporción a los hombres (4%) que a las mujeres (2%) con 65 y más años.

La suma de los porcentajes anteriores da más de 100 porque una misma persona puede tener varias deficiencias. A su vez, una deficiencia (a nivel de órgano) puede dar lugar a varias discapacidades (a nivel de función), por lo que el número de deficiencias es siempre inferior al de discapacidades.

1.1.3. Personas mayores dependientes con discapacidades

La *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* de 1999 permite saber el número y características de las personas mayores que padecían discapacidades y que, además, requerían del cuidado de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria. Disponemos, por tanto, de una fuente de información bastante precisa para conocer las características básicas tanto de los mayores dependientes en la Comunidad de Madrid como de las personas que les cuidaban.

En cuanto a las *personas con discapacidades y dependientes*, podemos saber su sexo y tramos de edad, las discapacidades y deficiencias que padecían, así como sus enfermedades crónicas más habituales.

En cuanto a las *personas cuidadoras*, sabremos si provenían del apoyo informal (vínculos familiares, de amistad o vecindad) o bien si se trataba de personas contratadas para ese fin; en este último caso no se indica su nacionalidad pero sí se distinguen varios tipos: las que acuden a partir de los servicios sociales —públicos o privados— y las que son contratadas a título particular, ya sea como internas o como externas. Sabremos su dedicación horaria y el tiempo que llevan prestando la atención.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEPENDIENTES, POR TRAMOS DE EDAD Y SEXO

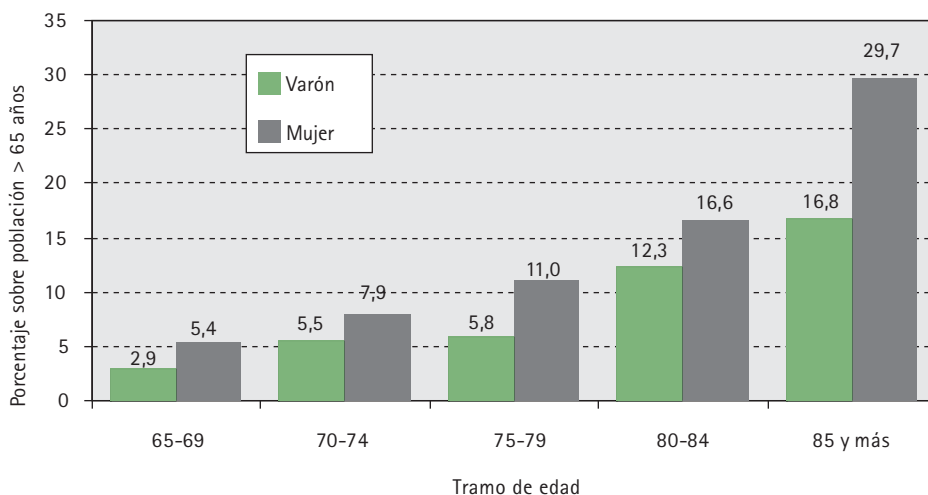
De las 188.000 personas de 65 y más años que padecían discapacidades en la Comunidad de Madrid en el año 1999, algo más de un tercio (36,7%) requería del cuidado de otras personas para poder realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria. Eran 51.000 mujeres y 18.000 hombres. En conjunto se puede afirmar que *una de cada cuatro personas mayores presentaba discapacidades, pero sólo una de cada diez (exactamente el 9,2%) era dependiente de otras personas*. Por sexos, la

dependencia era casi doble entre las mujeres (11,4% de la población femenina anciana) que entre los hombres (6%).

Por tramos de edad, no obstante, la proporción de personas *dependientes* se incrementaba sensiblemente, tal como recogemos por su importancia en el Gráfico adjunto. Se puede observar que la dependencia se acentúa notablemente a partir de los 80 años y que las mujeres siempre presentan mayor proporción de dependencia que los hombres.

GRÁFICO 3

Proporción de hombres y mujeres de 65 y más años que dependen de otras personas en la Comunidad de Madrid, por tramos de edad



Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Elaboración de Colectivo IOÉ.

De las 36 discapacidades definidas por la Encuesta del INE, las personas ancianas dependientes padecían una media de siete. Las quince más frecuentes eran las siguientes:

Discapacidad	Porcentaje dependientes > 64 años	
	Mujeres	Hombres
1. Usar transportes públicos	78,0	60,0
2. Moverse sin medio de transporte	68,8	42,0
3. Levantarse, acostarse, estar de pie	38,3	48,0
4. Controlar posiciones del cuerpo	29,1	54,0
5. Desplazarse dentro del hogar	35,5	36,0
6. Compra y suministros	36,2	28,0

Discapacidad	Porcentaje dependientes > 64 años	
	Mujeres	Hombres
7. Mover objetos no pesados	32,6	34,0
8. Manipular objetos pequeños	22,7	30,0
9. Asearse solo	24,1	24,0
10. Utilizar utensilios y herramientas	20,6	32,0
11. Limpieza de la casa	26,2	12,0
12. Preparar comidas	21,3	24,0
13. Escritura-lectura convencional	20,6	20,0
14. Recordar informaciones	21,3	18,0
15. Oír el habla	19,1	20,0

Las discapacidades más frecuentes de las personas mayores dependientes de ambos sexos tienen que ver con la *movilidad* y los *desplazamientos*, dentro y fuera del hogar. En este punto, las mujeres tienden a padecer más problemas en los desplazamientos de un lugar a otro, mientras los hombres sufren más problemas para levantarse, acostarse o controlar las posiciones del cuerpo. A continuación aparecen los problemas para *utilizar brazos y manos* (mover, manipular objetos o utilizar herramientas), para *realizar las tareas del hogar* (comprar, limpiar, preparar comidas...) y para *cuidar de sí mismos* (asearse solo). Después los problemas de *escritura-lectura*, *pérdida de memoria* y *sordera*.

Las deficiencias (orgánicas) que están en el origen de las anteriores discapacidades (funcionales) son muy variadas. Las que aparecen con más frecuencia en las personas mayores dependientes de la Comunidad de Madrid son las siguientes:

Deficiencia	Porcentaje dependientes > 64 años	
	Mujeres	Hombres
1. Mala visión	28,4	16,0
2. Extremidades inferiores	25,5	18,0
3. Demencias	18,4	8,0
4. Deficiencias múltiples	16,3	12,0
5. Mala audición	14,9	12,0
6. Columna vertebral	15,6	6,0
7. Extremidades superiores	10,6	18,0
8. Trastornos de coordinación	5,7	18,0
9. Otras deficiencias nerviosas	5,0	8,0
10. Aparato cardiovascular	2,8	8,0

En conjunto, las deficiencias *físicas* (extremidades superiores e inferiores y columna vertebral) son las más frecuentes, pero tienen también un peso importante las *sensoriales* (mala visión y audición) y las *demencias*. Por sexos, las mujeres dependientes registran más proporción de deficiencias en los seis primeros casos y los hombres en los cuatro últimos de la tabla. En especial, las demencias afectan a las

mujeres en una proporción más del doble que a los hombres y los infartos de miocardio inciden en la población masculina tres veces más que en la femenina.

Por último, la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud permite saber las enfermedades crónicas que padecían las personas ancianas dependientes. Las cinco con mayor incidencia eran las siguientes:

Enfermedad crónica	Porcentaje dependientes > 64 años	
	Mujeres	Hombres
1. Artritis reumatoide o espondilitis	41,8	22,0
2. Demencia	16,3	8,0
3. Enfermedad cerebrovascular	11,3	18,0
4. Distrofia muscular	9,2	10,0
5. Infarto de miocardio o cardiopatía	5,0	16,0

La enfermedad crónica más frecuente de las personas con discapacidad dependientes es la *artritis*, si bien afecta a las mujeres en doble proporción que a los hombres. La segunda enfermedad más frecuente es la *demencia* para las mujeres y los *accidentes cerebrovasculares* para los hombres. Entre los hombres tienen también mucha frecuencia los *infartos*.

PERSONAS CUIDADORAS DE LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTE

Las 69.000 personas mayores dependientes de la atención de otras personas contaban con 81.000 cuidadores, lo que significa que algunos tenían más de un cuidador principal.

El peso principal de los cuidados recaía sobre los parientes de la persona mayor, sobre todo el cónyuge y las hijas. En algunos casos, más bien testimoniales, también cooperaban gratuitamente personas ligadas por lazos de amistad o vecindad. En conjunto, el 87% de las personas mayores dependientes se encontraban atendidos por el *apoyo informal* de parientes, amigos y vecinos, un porcentaje que sube hasta el 94% entre los hombres y baja al 85% entre las mujeres. Esto se puede explicar porque la mayor longevidad y viudedad de las mujeres las hace más dependientes de empleados externos, mientras los hombres suelen contar con mujeres de su familia para atenderles.

244

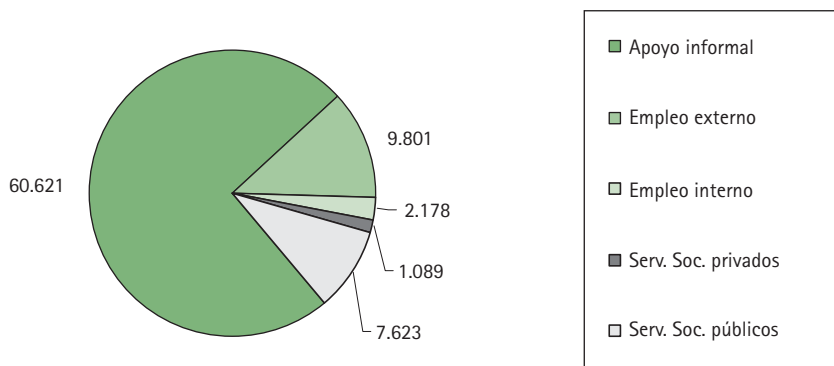
Los cuidadores y cuidadoras contratados, principal objeto del presente estudio, atienden al 30% de la población de personas mayores dependiente, sumando 20.700 empleados en el año que se aplicó el cuestionario (1999). La Encuesta del INE no registra el sexo o la edad de estas personas ni tampoco su nacionalidad, pero sí algunas de sus características laborales: si trabajaban como internas o externas; si dependían de los servicios sociales o ejercían su trabajo de manera particular; horas semanales dedicadas al cuidado del sujeto; y tiempo que lleva prestando estos cuidados a la persona mayor. Comentamos a continuación estas características.

Algo más de un tercio del empleo remunerado (37%) dependía de los servicios sociales públicos y dos tercios de empleados y empleadas particulares (65%). En este último grupo, a su vez, podemos distinguir

tres subtipos: los externos fijos o por horas (47%), los «internos», que viven en la casa de la persona atendida (11%), y los «servicios sociales privados» (5%). El Gráfico 4 expresa el peso de los diversos tipos de cuidadores y cuidadoras de personas mayores dependientes, incluyendo en el cómputo el apoyo informal (fundamentalmente familiares pero también amigos y vecinos).

GRÁFICO 4

Tipología de los cuidadores y cuidadoras de personas mayores dependientes en la Comunidad de Madrid



Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Elaboración de Colectivo IOÉ.

De las personas empleadas, las que dedican más horas semanales a trabajar son las «internas» (el 67% más de 40 horas y el 33% más de 60) y las que menos las procedentes de los servicios sociales públicos (el 80% menos de 30 horas y el 60% menos de 14). En una posición intermedia se sitúan las «externas», que presentan una gran dispersión horaria debido a que la encuesta incluye a las interinas o fijas y a las que trabajan por horas (el 37% menos de 14 horas semanales, el 25% entre 15 y 40 horas, y otro 37% más de 40 horas)¹. Para interpretar adecuadamente este cómputo horario hay que tener en cuenta que el criterio de la clasificación es la persona atendida y no la cuidadora, que puede atender por horas en varios domicilios tanto a nivel particular como si trabaja en los servicios municipales de ayuda a domicilio.

La mayor antigüedad en el empleo se produce en los servicios sociales públicos (el 75% lleva más de dos años y el 45% más de cuatro años) y la menor en las «internas», la mitad de las cuales lleva menos de un año y sólo el 17% más de cuatro años). Las externas se sitúan esta vez en posición intermedia (el 26% menos de un año, el 30% entre uno y cuatro años, y el 44% más de cuatro años).

1.1.4. Indicadores económicos y sociales

A continuación recogemos y comentamos las principales tendencias de la estructura económica y del empleo en la comunidad madrileña. Para ello vamos a analizar la evolución experimentada en los últi-

¹ Por su tamaño muestral muy reducido, no ofrecemos los resultados de los servicios sociales no públicos.

mos 28 años a través de la Encuesta de Población Activa. En un último apartado aprovechamos la estadística de salarios, pensiones y prestaciones por desempleo elaborada por el Instituto de Estudios Fiscales, aun cuando sólo se disponga de información para los años 1992-1996.

CICLOS ECONÓMICOS ENTRE 1975 Y 2003

Con el fin de tener una perspectiva temporal que nos permita identificar las tendencias más importantes en la estructura económica madrileña, conviene identificar, aunque sea de forma breve y algo esquemática, los cambios operados en los últimos años, para lo que podemos identificar cuatro ciclos diferenciados (ver Tabla 1).

TABLA 1

*Evolución del empleo por sectores económicos en la Comunidad de Madrid entre 1975 y 2003
(Miles de personas)*

Año	Activos	Ocupados	Agricultura	Industria	Construcción	Servicios	En paro	Empleo temporal
1976	1.578,5	1.503,5	22,5	390,5	165,4	916,6	75,0	-
1985	1.688,8	1.315,4	22,3	305,9	84,0	900,5	373,4	-
1991	1.862,4	1.636,0	17,0	325,9	143,4	1.149,8	226,4	276,8
1994	1.955,1	1.547,3	14,4	290,9	127,5	1.114,4	407,8	276,4
1997	2.137,6	1.739,3	21,8	308,3	154,5	1.255,1	398,3	327,2
2000	2.305,1	2.036,6	15,4	335,0	186,7	1.499,5	268,5	375,3
2003	2.526,9	2.349,7	16,5	335,0	232,8	1.765,0	177,1	
Evolución entre 1976 y 2003:								
Total %		533,1	-	-	-	582,9	93,5	
	726,6	+ 56,3	7,1	55,5	21,3	+92,6	+136	265,3*
	+ 60,1		+ 26,7	+ 14,2	+ 40,7		1	+241,2

(*) Período 1988-2003.

Fuente: elaboración propia en base a INE, Encuesta de Población Activa, años correspondientes.
Para 2003, datos del 2.º trimestre.

A) 1976-1985: CRISIS Y RECONVERSIÓN

Durante esta década se produjo un marcado proceso de reestructuración del panorama económico y social en el conjunto de España y también en la Comunidad de Madrid. Tal como ya hemos expuesto, a mediados de los años setenta tuvo lugar el punto de inflexión entre el modelo de crecimiento económico de posguerra en los países capitalistas centrales y el modelo postfordista o neoliberal que ha prevalecido hasta ahora. En el caso de la Comunidad de Madrid la crisis de este período se agudizó al producirse una *pérdida de liderazgo en el sector industrial* que se había puesto en marcha en la última etapa del franquismo y que arrastró consigo 85.000 empleos creados en ese sector (-22%); en conjunto el paro de

la región pasó de 75.000 personas a 373.000, afectando especialmente al sector de la construcción, que es el más sensible a los cambios de coyuntura (el empleo en este sector se redujo a la mitad). A partir de esos años *el desempleo se convirtió en un factor estructural del panorama social madrileño*: desde 1979 la tasa de paro no ha bajado nunca del 10% y en las épocas de mayor recesión ha superado el 20%.

En relación a la *economía sumergida*, un estudio del gobierno realizado en 1985² mostró que su importancia era menor en la comunidad de Madrid (17,7% de los ocupados) que en el conjunto de España (27,1%), ello a pesar de que en la comunidad estudiada la mayoría de los trabajadores (58,3%) estaba empleada en las ramas más afectadas por la irregularidad; entre éstas destacan la hostelería (28%), otros servicios poco cualificados (23,5%) y otras manufacturas (18,5%), especialmente el sector textil y la alimentación.

B) 1986–1991: CRECIMIENTO, NEOINDUSTRIALIZACIÓN Y NUEVAS FORMAS DE EMPLEO PRECARIO

La segunda mitad de los años ochenta se caracterizó por un importante crecimiento económico, apoyado por un ciclo expansivo a nivel internacional –favorecido por el ingreso de España en la entonces CEE–, y especialmente, por la afluencia de capital extranjero con una gran componente especulativa. Fueron los «años del pelotazo» y de la especulación inmobiliaria³, pero también de la expansión del empleo en las administraciones públicas (en buena parte a raíz del desarrollo del proceso autonómico pero también por el crecimiento de los servicios municipales), y cuando se produjo el crecimiento de una variada oferta de servicios destinada a las capas sociales que estaban afianzando un alto poder adquisitivo.

Durante ese período el nivel de ocupación se incrementó fortísimamente (320.000 empleos, un 24% más que el nivel existente en 1985), repercutiendo principalmente en la construcción y en el sector servicios; en cambio en la agricultura se destruyó casi el 25% de los empleos existentes; la recuperación en la industria fue sensiblemente menor reflejando una tendencia a la progresiva pérdida de peso de los trabajadores industriales en el conjunto de la mano de obra regional, si bien se inició una etapa de «neo-industrialización» postfordista que trataba de potenciar los «distritos industriales» (al estilo del polígono Cobo Calleja de Fuenlabrada) y las pequeñas y medianas empresas de asentamiento difuso y con alta tecnología⁴.

En esta etapa el nuevo empleo se crea en condiciones diferentes a las tradicionales: surge con fuerza el empleo precario por cuenta ajena, basado en las diversas *formas de contratación «flexibles»*, desarrolladas en la normativa laboral a partir de 1982; desde entonces el grueso de las nuevas contrataciones

² Ver MUÑOZ, J., RAYMOND, J., TOHARIA, L. y URIEL, E., *Análisis de las Condiciones de Vida y Trabajo en España*, Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid, 1988.

³ La inversión en el sector de la construcción se aceleró por la concurrencia de dos factores: el endeudamiento de consumidores privados y la especulación (ingenieros financieros), lo que dio lugar a un incremento desorbitado de los precios. José Manuel Naredo ha señalado que debido a este hecho en el Madrid de esta época se generaba más dinero «por adquisición» que «por producción», evidentemente en beneficio de los propietarios. Ver NAREDO, J. M., «Sobre la naturaleza del declive económico actual y su relación con la economía madrileña», *Economía y Sociedad*, n.º 8, Madrid, 1993, págs. 111–133.

⁴ Los «distritos industriales», de origen italiano, forman un conjunto de pequeñas empresas concentradas en un territorio subdivididas en fases productivas complementarias unas con otras para elaborar un producto o conjunto restringido de productos, y surtiéndose de un mercado local de trabajo. Su objetivo comercial es llegar a mercados supralocales, ya sean nacionales o internacionales. BECATTINI, G., «Los distritos industriales y el reciente desarrollo italiano», *Sociología del Trabajo*, n.º 5, 1988.

adoptan el carácter de *temporales*, sea por un plazo de tiempo estipulado o «por realización de obra». De esta forma, la situación de una parte considerable de los trabajadores —por regla general los empleos menos cualificados y con mayor proporción de mujeres y jóvenes— experimentó una mejora a corto plazo (obtención de un empleo asalariado) a costa de un deterioro de largo alcance (precariedad de la inserción laboral mediante «empleos-basura»). Entre 1988 y 1991 los asalariados temporales en la Comunidad de Madrid se incrementaron de 110.000 a 276.000, lo que elevó la tasa de temporalidad (respecto al conjunto de los asalariados) desde el 8,7% hasta el 19,5%.

Por otra parte, el crecimiento económico no impidió que más de 225.000 personas permanecieran en situación de desempleo, en parte por el rápido crecimiento de la población activa, especialmente en su componente femenino: entre 1986 y 1991 las mujeres activas se incrementaron en un 11,3% y los hombres sólo un 2,5%⁵. El año 1988 marca, en este sentido, un punto de inflexión importante, ya que por primera vez las mujeres en paro superan a los varones; desde entonces el número de mujeres desempleadas seguirá los ciclos de las diversas coyunturas económicas, con tendencia a incrementar su número en relación a los hombres.

C) 1991-1994: NUEVO PERÍODO DE RECESIÓN

A comienzos de los años noventa se produjo el cierre del ciclo expansivo, la inversión de las empresas y el consumo de las familias se retrajeron de forma notable y las cifras de empleo reflejaron la nueva situación: en apenas tres años se perdieron 90.000 puestos de trabajo (el 5% de los existentes), que afectaron a todos los sectores económicos pero con más intensidad a la industria y a la construcción.

Esta crisis se saldó con menor conflictividad social que la precedente, en parte debido a su menor duración pero básicamente porque la pérdida de empleo no se produjo en base a reconversiones y regulaciones de empleo masivas sino a la *pura extinción de contratos temporales*. El desempleo se incrementó en esos años en un 80% (180.000 nuevos parados y paradas), lo que elevó la tasa de paro del 12,2% al 20,9% (26% en el caso de las mujeres). Paralelamente se introdujeron reformas en las prestaciones de la Seguridad Social que significaron una menor cobertura para las personas en paro.

En cuanto a la economía sumergida, en 1993, una nueva investigación⁶ situó el índice de irregularidad casi siete puntos por debajo (11%) que en 1985 (17,7%). Comparativamente, la Comunidad de Madrid se seguía situando entre las regiones españolas con menor tasa de irregularidad debido, entre otros factores, a su alta proporción de asalariados (la irregularidad es mayor entre los autónomos) y a la menor incidencia en la estructura de empleo de algunas actividades donde la irregularidad es mayor (agricultura, hostelería, comercio, etc.). Esta «ventaja comparativa», no obstante, no debe ocultar el hecho de que *algo más de la décima parte de los trabajadores de la región están sumergidos*, lo que significa que no tienen garantizados sus derechos y prestaciones laborales puesto que no están dados de alta en la Seguridad Social.

⁵ Aunque las tasas de actividad femenina en España son más bajas que en la mayoría de los países de la Unión Europea, en las dos últimas décadas se ha producido un incremento constante.

⁶ MURO, J., «El empleo irregular en 1993», en *V Informe sociológico sobre la situación social en España*, FOESSA, Madrid, 1997, vol. 2 (págs. 1388 y sigs.

D) 1995-2003: ÚLTIMO CICLO EXPANSIVO

En los años recientes se ha producido un nuevo período de crecimiento económico y del empleo. Entre 1994 y 2003 surgieron 571.000 nuevas ocupaciones que se distribuyeron entre todos los sectores económicos. El mayor volumen de empleo se generó en los *servicios* (651.000 nuevas ocupaciones), lo que se corresponde con la estrategia general que sigue la Comunidad de Madrid de especializarse como centro administrativo y financiero. En términos relativos el empleo ha crecido mucho también en el sector de la *construcción* debido, no sólo a su gran sensibilidad a los cambios de ciclo económico sino al importantísimo negocio que representa en el territorio de Madrid la construcción de oficinas y viviendas.

Como ocurrió en el período 1986-1991, el auge económico es acompañado por un mayor incremento de la población activa: ante la perspectiva de encontrar un empleo, parte de la población «desanimada» vuelve al mercado de trabajo (durante el último quinquenio se incorporaron 571.000 personas a la actividad), en especial, las mujeres comprendidas entre 25 y 54 años de edad. Como resultado de esta doble dinámica (crecimiento de los ocupados y los activos), se produjo una reducción del desempleo de 230.000 personas, cifra equivalente al 58% de los parados existentes en 1994. Entre 1995 y 2003 las tasas de desempleo masculino pasaron de 21% a 5% y las de las mujeres de 27% a 10%, agudizándose por tanto el sexismo en este indicador económico. Por otra parte, aunque se promovió una nueva reforma laboral con el objetivo de favorecer el empleo de tipo permanente, la mayoría de los nuevos contratos siguen siendo de carácter temporal: la tasa de temporalidad disminuyó ligeramente entre 1995 y 2000 en términos relativos al conjunto de asalariados (de 21,4% a 20,9%), pero el número de contratados temporales se incrementó sustancialmente en números absolutos, pasando de 300.200 a 375.000.

Efectos sobre la estructura socioeconómica y el empleo

Los cambios producidos en el último cuarto del siglo xx han alterado sensiblemente la estructura ocupacional de la comunidad madrileña, así como las características del empleo. Tocaremos tres puntos: la terciarización de la actividad laboral, el paro y la contratación temporal.

A) TERCIARIZACIÓN DEL EMPLEO

En primer término se ha producido una *modificación en la importancia de los sectores económicos* generadores de empleo. El sector más importante por el volumen de empleo que proporciona y por su tendencia general ascendente es el de los *servicios* que ha experimentado un incremento del 93% en los 28 años considerados. Tres de cada cuatro trabajadores se ocupan en los servicios (75,1%, 15 puntos más que en 1975), lo que se ajusta con el proyecto de un territorio que aspira a convertirse en nueva «ciudad global» a nivel internacional, además de seguir siendo el centro administrativo y financiero-decisional sin parangón en la geografía española.

La *industria* ha perdido peso relativo (del 26% de los ocupados al 14,2%) pero sigue siendo un sector importante en la Comunidad de Madrid que da trabajo a bastantes más personas que el sector de la construcción. Lo más significativo de la evolución de este sector en los últimos 28 años es, primero, su declive con relación con el proyecto «desarrollista» de industrializar Madrid que, si bien se puso en mar-

cha durante el gobierno franquista, tenía sin embargo muchas de las características del modelo industrial fordista; y, segundo, la reconversión del sector en la línea de los «distritos industriales», con pequeñas y medianas empresas coordinadas, flexibles y orientadas, no sólo al mercado madrileño sino al nacional e internacional.

El tercer sector en importancia es la *construcción*, cuyo número de empleos sube y baja en función de la coyuntura económica pero cuya banda de variaciones ha oscilado siempre entre el 8 y el 12% del empleo total de la comunidad. En el año 2003, pese a situarse en la cresta de un ciclo ascendente, el volumen de empleo en la construcción era inferior en términos relativos al que tenía 25 años antes (del 11% al 9,8%).

Por último, la *agricultura* ha mantenido un peso muy reducido en el empleo regional (menos del 1%), habiendo reducido sus efectivos un 26% desde 1975.

B) CONSOLIDACIÓN DE UN PARO ESTRUCTURAL

En segundo lugar destaca la aparición en la Comunidad de Madrid de un *paro estructural*, que a su vez incluye a segmentos laborales diferenciados: por un lado, los que alternan entre períodos más o menos breves de empleo y desocupación; por otra, los parados de larga duración, que encuentran crecientes dificultades para ingresar o volver a la ocupación asalariada. Durante la segunda mitad de los años ochenta y la década de los noventa la composición del colectivo de parados ha sufrido cambios cuantitativos y de composición. En cuanto a su número, se ha duplicado ampliamente en los años considerados, pasando de 75.000 a 177.000. El mayor crecimiento del paro se produjo en el primer ciclo recesivo, entre 1975 y 1985, para disminuir en el ciclo expansivo de 1985 a 1991, volver a aumentar entre 1991 y 1994 y reducir de nuevo a partir de entonces.

C) AUGES DE CONTRATOS DE DURACIÓN TEMPORAL

Por último, existe una vinculación cada vez más estrecha entre el paro y el empleo de duración temporal. Ambas situaciones, que la Encuesta de Población Activa recoge por separado, en realidad se refieren a las mismas personas —salvo en los casos de paro de larga duración—. Cuando disminuye el paro aumenta el empleo temporal y viceversa, lo que nos indica que *estamos ante el mismo colectivo que alterna situaciones de paro y temporalidad* dependiendo de la coyuntura económica. Sumando ambas cifras, tenemos que el volumen de *asalariados precarios* en la Comunidad de Madrid ha pasado de 381.000 en 1987 (primer año con datos oficiales de empleo temporal) a 643.000 en 2000. Es decir, los trabajadores precarios se han incrementado en un 68,7% en los últimos catorce años.

Un efecto general de los procesos que venimos describiendo ha sido la creciente *segmentación* de los mercados laborales, lo que tiende a circunscribir a sectores enteros de la población a moverse dentro de un campo limitado de posibilidades: unos tienen acceso a los empleos seguros y mejor retribuidos, otros a los de menor nivel, mientras que un sector creciente sólo puede escoger entre el empleo sumergido, los contratos temporales y el desempleo. En otras palabras, *más allá de los ciclos de auge y recesión económica, la estructura socioeconómica de la región tiene como componente estructural (aunque variable en su magnitud) un segmento caracterizado por la precariedad, el subempleo y el paro*. Estas situaciones

en el plano laboral tienen su correlato en las condiciones de vida de la población, como veremos a continuación.

Salarios, pensiones y prestaciones por desempleo

Teniendo en cuenta que el poder adquisitivo de la demanda de servicios privados de ayuda a domicilio depende, en primer lugar, de las pensiones de las personas mayores y, en segundo lugar, del nivel salarial de las familias, creemos conveniente recoger información referente a las pensiones y salarios en la Comunidad de Madrid.

Entre 1992 y 1996 el Instituto de Estudios Fiscales elaboró una estadística completa y sistemática de los salarios, pensiones y prestaciones de desempleo en el Estado español, con desagregación por comunidades autónomas, que lamentablemente ha dejado de publicarse por orden gubernativa⁷. Según dicha estadística, el volumen total de los salarios en la Comunidad de Madrid en 1996 fue de 5,2 billones de pesetas (31.420 millones de euros), el de las pensiones 1,1 billones (6.700 millones de euros) y el de las

GRÁFICO 5

Peso de los salarios, las pensiones y las prestaciones por desempleo en la Comunidad de Madrid (1996)



Fuente: IEF. Empleo, salarios y pensiones en las fuentes tributarias. Elaboración de Colectivo IOÉ.

⁷ INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES, *Empleo, salarios y pensiones en las fuentes tributarias*, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, varios años.

prestaciones por desempleo 151.000 millones (907 millones de euros)⁸. Teniendo en cuenta el número de perceptores de cada tipo de ingreso, la remuneración mensual media fue de 225.000 pesetas en el caso de los salarios (1,9 millones de perceptores), 109.000 pesetas para las pensiones (858.000 perceptores) y 38.000 pesetas para los desempleados (330.000 perceptores).

Si tenemos en cuenta que estos tres ingresos representan las principales fuentes de renta para las familias trabajadoras, vale la pena resaltar el diferente peso que tiene cada uno de ellos, tanto en volumen de dinero como de perceptores. El Gráfico 5 deja bien a las claras que los salarios constituyen la principal fuente de ingresos, mientras las pensiones se sitúan a bastante distancia y las prestaciones por desempleo sólo significaron en 1996 el 2,3% de los ingresos, casi diez veces menos que la tasa de paro de aquel año en la Comunidad de Madrid (20,5%).

Entre los años 1992 y 1996 se produjo un notable incremento del porcentaje de *asalariados* que percibía ingresos que no superaban el importe del Salario Mínimo Interprofesional (SMI): era el 8,7% en la primera fecha de referencia y cuatro años después había ascendido hasta el 22,9%; en números absolutos pasaron de 123.681 a 442.100 los asalariados que percibieron ingresos anuales por debajo del SMI. Evidentemente en este grupo se incluían principalmente los empleados temporales, muchos de los cuales debieron pasar en el paro gran parte del año. En general se observa que la proporción de personas en los dos tramos de ingresos más bajos aumentaron a lo largo del quinquenio considerado, a costa de los otros tramos de renta, lo que significa que en ese lapso de tiempo la *polarización de los salarios* se incrementó considerablemente en la Comunidad de Madrid.

La estadística del Instituto de Estudios Fiscales permite conocer el salario medio por sexos y sectores económicos en la Comunidad de Madrid. Si tomamos como referencia el último año con datos publicados (1996), podemos extraer las siguientes diferencias significativas:

- Los salarios de los hombres eran, en promedio, un 60,7% superiores a los de las mujeres (254.000 frente a 158.000 pesetas).
- Por sectores de actividad, los que tenían un salario medio más alto eran Energía y Servicios Financieros y Seguros (400.000 ptas./mes), seguidos de Industria y Servicios Inmobiliarios (250.000 ptas./mes); en último lugar se situaba Hostelería y Restauración (107.000 ptas./mes). En todos los sectores de actividad las mujeres cobraban bastante menos que los hombres.
- En cuanto a los tipos de empresa, los salarios más elevados se registraban en Instituciones Financieras privadas (431.000 ptas./mes de media), Empresas Públicas (353.000 ptas./mes) y Compañías de Seguros (320.000 ptas./mes); y los más bajos en Empresas Personales y de Autónomos (100.600 ptas./mes) y en otras Sociedades Privadas no Anónimas (131.000 ptas./mes).

Estos resultados en la distribución de los salarios apuntan a una importante jerarquización entre las empresas, que sitúa en la parte más alta a las grandes compañías financieras, de seguros e industriales —privadas o públicas— y en último lugar a las pequeñas empresas y a los autónomos. Evidentemente, los trabajadores y trabajadoras particulares empleados a domicilio (objeto de nuestra investigación) se encontraban en este último grupo.

⁸ Esta estadística recoge también los pagos a profesionales autónomos recibidos por 225.000 personas en 1996 (325.000 millones de pesetas, equivalentes a 120.000 pesetas/mes de media).

En cuanto a las *pensiones*, según el Instituto de Estudios Fiscales se produjo en el quinquenio 1992-1996 un *incremento de la proporción que percibía las pensiones más bajas* (en 1996 el 25% cobraba unas 420.000 pesetas anuales de media, o 35.000 mensuales), aunque el mayor incremento se registró entre las personas que se encontraban en el tramo siguiente (el 45,9% percibía en torno a las 968.000 pesetas/año, 80.600 pesetas/mes). Según el Ministerio de Trabajo, de los 776.500 perceptores de pensiones contributivas de la Seguridad Social en 1999 el 59% percibía una pensión por jubilación, un 28% por viudedad y el resto por otros motivos (invalidez, orfandad, etc.). Además había en Madrid en el mismo año 32.827 perceptores de prestaciones no contributivas de invalidez y jubilación, 7.800 de pensiones asistenciales de vejez y enfermedad, 19.034 beneficiarios de prestaciones a minusválidos y 8.056 familias perceptoras del Ingreso Madrileño de Integración (IMI)⁹.

En cuanto a las *prestaciones por desempleo*, sabemos que desde 1994 disminuyó el paro en la comunidad madrileña y que, paralelamente, descendió el número de personas receptoras de prestaciones por desempleo, pero este último descenso fue más rápido que el primero: como consecuencia *cayó ligeramente la tasa de cobertura del subsidio*.

1.1.5. Inmigrantes que cuidan a personas mayores en sus hogares

El Colectivo IOÉ aplicó en el segundo trimestre de 2000 una amplia encuesta a trabajadores y trabajadoras inmigrantes ocupados en el servicio doméstico. En la Comunidad de Madrid se aplicaron 558 cuestionarios de los cuales 152 (un 27%) señalaba expresamente como una de sus tareas habituales «cuidar a personas mayores o enfermas». A continuación recogemos un perfil aproximado de los cuidadores inmigrantes presentes en la Comunidad de Madrid a mediados del año 2000.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

- *Mayoría de mujeres, pero con una minoría significativa de hombres*: en todos los grupos nacionales, salvo el marroquí, existen hombres cuidadores, aunque su proporción sea inferior a uno de cada cinco¹⁰. La proporción mayor de hombres se da en el colectivo filipino.
- *Familia de origen numerosa*: en el 76% de los casos pertenecen a familias de seis o más miembros, incluidos los padres. El 24% tenía un núcleo familiar de más de ocho miembros y el 29% de más de diez. Se trata de un tamaño familiar muy amplio, que contrasta con el menor número de hijos de las mujeres inmigrantes.
- *Tramos de edad*: dos terceras partes se sitúan entre los 30-39 años (41,4%) y los 40-49 ((26,3%), siendo menos frecuentes el tramo juvenil de 18 a 29 años (20,1%) y, sobre todo, el de personas mayores de 50 años (11,8%).
- *Estado civil*: están casadas actualmente algo menos de la mitad, ya sea con el marido en España (27,0%) o en el país de origen (21,1%). Algo más de un tercio están solteras, existiendo un número

⁹ Ver series históricas de todas estas prestaciones en INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, *Anuario estadístico de la Comunidad de Madrid 2001*, Consejería de Presidencia y Hacienda, Madrid, 2001.

¹⁰ Dada la mayoría existente de mujeres, que son nuestro objeto principal de estudio, en adelante nos referiremos al colectivo en femenino.

relativamente importante de hogares monoparentales formado por separadas, divorciadas y viudas (15,1%).

- *Nivel de estudios*: en general es bastante elevado, con casi un 30% de mujeres con estudios superiores terminados. Los grupos nacionales con más cualificación son el filipino y el peruano, y el que menos el marroquí. El 23% ha seguido en España algún curso de cualificación profesional, si bien en la mitad de los casos reconocen que no han sido de utilidad para su inserción laboral.
- *Estatuto jurídico*: en el momento de aplicarse la encuesta, el 15% había obtenido la nacionalidad española, el 58% tenía permiso de residencia y el 27% restante se encontraba sin documentación. De estas últimas, dos de cada tres había iniciado algún proceso de regularización¹¹ y una de cada tres seguía sin ningún tipo de papeles.
- *Experiencia previa de dificultades económicas*: el 86% de las personas encuestadas reconoce haber pasado en España por momentos de grave apuro económico. En tales casos, no encontró ningún apoyo el 12% pero sí el resto, principalmente de los propios familiares y amigos (79%), las parroquias o mezquitas (15%) y, a mucha distancia, las asociaciones de inmigrantes (5%) y las instituciones públicas (¡2%!).

ITINERARIOS LABORALES

- *Trayectoria laboral*: casi la mitad comenzó a trabajar antes de los 20 años, pero el inicio en el servicio doméstico se produjo mayoritariamente a una edad más avanzada, entre los 20 y los 35 años 55% de los casos y con más de esa edad en el 28,3% de los casos. Esto significa que buena parte de las que empezaron a trabajar jóvenes tienen experiencia laboral en otras ramas de actividad; en cambio las que se iniciaron laboralmente de mayores no tienen otra experiencia que el servicio doméstico (el 60% del colectivo sólo a trabajado en ese sector).
- *Motivo de elegir el servicio doméstico (y el cuidado de ancianos y enfermos en su domicilio)*: el principal motivo es de tipo negativo, «no encuentro otro» (65%), al que se podría unir otro de tipo también negativo, «es el menos malo», o sea, que habría otros pero peores aún (6%); como motivaciones positivas aparecen el considerarlo «compatible con las obligaciones familiares (11%), «me gusta» (8), «me permite ahorrar más» (6%) o «es lo único que sé hacer» (3%). En otra pregunta en la que se pedía cuál era la ocupación más deseada, tan sólo el 2% señalaron el trabajo doméstico; las profesiones más deseadas eran sanidad-asistencia social, comercio, empleos administrativos, educación y hostelería. Podemos deducir que la mayoría de las personas inmigrantes que trabajan con ancianos en sus casas no lo hacen por vocación o a partir de una preparación profesional específica sino forzadas por las circunstancias personales o familiares.
- *La principal vía para conseguir empleo han sido los propios familiares y amigos*, utilizados por el 79% de la muestra. Le sigue la mediación de órdenes religiosas, utilizada por el 21%, y la relación entre los empleadores (otro 21%). Después aparecen los anuncios (16%), las agencias privadas de colocación (8%) y por último las asociaciones y organizaciones no gubernamentales (tan sólo utilizadas por el 4%).

¹¹ En el año 2000 tuvo lugar un importante proceso de regularización con motivo de la promulgación de la nueva ley de extranjería 4/2000.

- *Subsectores ocupacionales*: algo más de la mitad son «internas» (53%), seguidas de las «externas fijas» (27%) y de las «externas por horas» (20%). La proporción de internas es menor entre las peruanas (grupo con una elevada cualificación académica) y se eleva entre las dominicanas y las ecuatorianas. Los dos grupos con más tiempo de residencia en España (mujeres marroquíes y filipinas) se sitúan en una posición intermedia.
- *Elevada movilidad dentro del sector del servicio doméstico*: la puerta de entrada en los hogares fue como «internas» para más del 70%, pasando después a trabajar como externas. No obstante, el 48% sólo tiene experiencia de haber trabajado siempre como «internas». Los cambios de hogar empleador son también frecuentes ya que el 42% lleva menos de un año en el último empleo y tan sólo el 16% se mantiene desde hace más de tres años en el hogar actual.
- La mayoría de las trabajadoras «por horas» están empleadas en *varias casas* (un tercio de ellas en cuatro o más hogares).

CONDICIONES DE TRABAJO

- Además de atender a personas ancianas o enfermas, las cuidadoras inmigrantes hacían las siguientes tareas del hogar (en porcentaje):

Tarea	Habitualmente	A veces
Cuidar niños	14,5	5,3
Limpiar la casa	74,3	9,9
Lavar y planchar	69,1	5,9
Preparar comidas	64,5	7,9
Atender la mesa	61,2	9,9
Hacer compra	33,6	19,7

- *Contrato de trabajo*: la mayoría no tiene contrato escrito (55%) pero ello no significa necesariamente que sean trabajos irregulares ya que la ley del servicio doméstico no lo exige. De quienes tienen contrato escrito, un sector importante lo considera de duración «indefinida» (25%) y el resto temporal.
- *Alta en la Seguridad Social*: dos terceras partes de las cuidadoras de ancianos y enfermos estaban de alta en la Seguridad Social a mediados del año 2000. Por países aparecen grandes diferencias: la mayoría de filipinas, marroquíes, dominicanas y peruanas estaba de alta, mientras tres cuartas partes de las ecuatorianas se encontraban en situación irregular. La reciente llegada a España de este último colectivo parece explicar esta diferencia.
- *Salario*: los ingresos medios del colectivo estudiado son de 91.000 pesetas mensuales (marzo de 2000), que se distribuyen diferencialmente según la modalidad de la atención domiciliaria: 94.000 las «internas», 88.000 las externas «fijas» y 86.000 las trabajadoras «por horas». Pero esta media aritmética esconde fluctuaciones muy importantes: algo más de la mitad (51%) percibía entre 75.000 y 100.000 pesetas mensuales; otro 30% más de 100.000 y *el restante 18% menos de 75.000*. Las que tenían ingresos más altos eran las filipinas y los más bajos las marroquíes y ecuatorianas. El precio

medio de las trabajadoras externas «por horas» es de 1.127 ptas./hora, superando las 1.000 pesetas en el 38% de los casos; cobraban exactamente 1.000 ptas./hora el 24%, y por debajo de esa cantidad el otro 38%. En la mayoría de los casos (92%) el salario se pagaba puntualmente y con retrasos en el 9%.

- *Jornada laboral*: la media de horas trabajadas es de 56 horas/semana, con diferencias importantes según sea la modalidad del empleo, tal como ocurría con los salarios: 67 horas/semana las «internas»; 47 horas/semana las externas fijas; y 38 horas/semana las externas «por horas». En general, la inmensa mayoría (83%) trabaja por encima de 40 horas semanales y el 48% más de 60 horas. En el extremo contrario, un 4% trabaja menos de 20 horas y el 12% entre 20 y 40 horas. Esto confirma una gran intensidad de la jornada laboral para la mayoría de las mujeres inmigrantes que trabajan en el domicilio de personas mayores y enfermas.
- *Otras personas empleadas en el hogar*: en la mayoría de los casos (52%) la persona entrevistada es la única ocupada en el hogar, pero existe una proporción importante de hogares que contrata a más de un trabajador. El 18% contrata a más de una persona «interna»; el 24% a más de una persona externa; y el 5% a personas internas y externas.
- *Escasa información sobre sus derechos laborales*: casi el 80% no sabe que el régimen de empleados de hogar de la Seguridad Social no cubre la prestación de desempleo y el 63% desconoce que dicho régimen sí cubre la pensión de jubilación. Por otra parte, un 30% no sabe que tiene derecho a dos pagas extra y otro 23% a vacaciones pagadas.
- *Horas extra*: en la mitad de los casos no hacen «horas extra». Cuando las hacen, lo más habitual (45%) es que no cobren nada por ellas; el 14% las cobran como hora «normal» y el 20% con el plus correspondiente a las horas «extra». El resto cobra «según la ocasión» o las compensan con «horas de descanso».
- *Plus de antigüedad*: sólo lo percibe el 9% de las trabajadoras, proporción que se explica en parte si tenemos en cuenta que más de la mitad no tiene derecho a ese plus, ya se por su régimen laboral («por horas») o porque llevan menos de un año en el hogar actual.
- *Horas de descanso de las empleadas «internas»*: se respetan en algo más de la mitad de los casos; sin embargo, casi el 30% de los hogares no las respeta «nunca» y el 15% «a veces».
- *Sindicación*: sólo pertenece a algún sindicato el 3,3% de las mujeres entrevistadas. De la muestra analizada, sólo están sindicadas personas del colectivo dominicano y peruano.
- *Costumbres discriminatorias*: existen algunas costumbres, propias del régimen de servidumbre, que tenían por finalidad remarcar la diferencia social entre los señores de la casa y la empleada, que todavía se conservan en bastantes hogares. Destacamos algunas de esas costumbres:
 - Comer en lugar aparte de los empleadores: 63%.
 - Usar distinta puerta para entrar en la casa: 21%.
 - Usar uniforme: 47%.
 - No usar el baño de los señores: 60%.
 - Insultos o gritos: 18%.
 - Desprecio o trato vejatorio: 15%.
 - Maltrato físico: 4%.

- *Imágenes mutuas de las trabajadoras*: la encuesta recogía la opinión de las propias mujeres trabajadoras en torno a la *laboriosidad*, la *calidad de trato* y la *honradez* de los distintos grupos nacionales. Los resultados apuntan a dos conclusiones:
 - Cada grupo tiende a pensar que es el propio colectivo el más laborioso, amable y honrado. La única excepción son las mujeres marroquíes para quienes tales cualidades se reparten sin diferencias entre todas las nacionalidades.
 - Todos los grupos, salvo el filipino, consideran que las cuidadoras marroquíes son las menos laboriosas, amables y honradas. Lo que parece indicar un fuerte prejuicio hacia este colectivo nacional.

VIDA FAMILIAR Y SOCIAL

- *Hogar en el que viven*: aparte de las personas que trabajan como internas en casa del empleador, las externas viven sólo con familiares en el 46% de los casos; con no familiares que generalmente son del mismo país de origen el 20%; y con una mezcla de familiares y no familiares el 34%. Según su opinión subjetiva, las condiciones de la vivienda son «buenas» en el 65% de los casos y «malas» en el 35%.
- *Hijos*: el 35% no tiene hijos. De quienes tienen hijos, la mayoría se encuentra separada de ellos y los tiene al cuidado de otros familiares en el país de origen. Esta situación afecta en mayor medida a las mujeres ecuatorianas, las llegadas a España más recientemente, y en menor medida a las marroquíes, que viven casi siempre con sus maridos en España (que fueron los primeros en emigrar).
- *Trabajo doméstico en el hogar propio*: en coherencia con las muchas horas dedicadas al trabajo extradoméstico, las empleadas externas dedican pocas horas a las tareas de sus propios hogares. La media general es de 13 horas/semana, siendo de 15 en el caso de las externas fijas y de 13 entre las trabajadoras por horas (las «internas» por definición sólo trabajan en casa del empleador). No obstante estas medias son engañosas ya que existe una notable dispersión interna: trabaja menos de 10 horas a la semana el 50%; pero el 26% trabaja entre 10 y 20 horas y el restante 24% más de 20 horas. Las cargas domésticas están transferidas en muchos casos a parientes en el país de origen ya que dos tercios de quienes tienen hijos no los han reunificado en España.
- *Presupuesto familiar (1. Gastos ordinarios)*: la proporción de los ingresos por el trabajo que se dedican al consumo ordinario en España es relativamente pequeña, ya que el 74% de la muestra dedica a esos gastos menos del 50% y tan sólo el 5% le dedica por encima del 80%.
- *Presupuesto familiar (2. Deudas)*: no tenía deudas el 65% del colectivo estudiado. De quienes tenían deudas, el 10% no sobrepasaban el 10% de su presupuesto y el 24% sí.
- *Presupuesto familiar (2. Ahorro)*: aunque el 31% no ahorra nada de lo que gana, llama la atención que sí lo haga el 69% y que el 26% ahorre más del 30%. El colectivo más ahorrador es el filipino.
- *Presupuesto familiar (3. Remesas y ahorro para viajes al país de origen)*: casi la mitad de las mujeres inmigrantes encuestadas dedica por encima del 20% de sus ingresos a remesas y a viajes al país de origen; otro 25% dedica menos del 20%.
- *Relaciones sociales*: la mitad de las mujeres empleadas en el cuidado de ancianos y enfermos se relaciona, sobre todo, con paisanos y amigos de su país de origen; el 5% principalmente con españoles; y el 31% con paisanos y españoles por igual. El 12%, personas «internas» mayoritariamente, apenas mantiene relaciones habituales de amistad en España.

- *Lugares de encuentro*: el principal espacio de relación son las casas (70%), seguido de «lugares públicos» —como plazas o jardines—, bares, iglesias y mezquitas, y discotecas.
- *Asociacionismo*: el 14% participa en alguna asociación de inmigrantes (si bien este porcentaje puede estar sobrerrepresentado debido a la participación asociativa de varias mujeres entrevistadoras).

FLUJOS MIGRATORIOS

- *Llegada a España*: en general se trata de una inmigración reciente ya que tan sólo el 8% de las trabajadoras llegó a España antes de 1990. El grupo más antiguo es el filipino, aunque un tercio de sus miembros llegó a España entre 1997 y 2000. El grupo más reciente es el ecuatoriano, de cuyos miembros el 77% llegó a España a partir de 1997.
- *Forma de entrada en España*: el 30% entró en España con permiso de trabajo (25%) o de residencia (5%); el 65% entró como turista, provisto de pasaporte, quedándose después a trabajar; y el 5% restante penetró en España sin ningún tipo de papeles.
- *Deuda contraída para venir a España*: en el momento inicial de venir a España, el 58% había contraído deudas para realizar el viaje, mientras el 41% tenía ahorros propios (o propiedades que vendió para financiar el viaje). En los casos que contrajeron deudas, el monto fue superior a 1.000 euros en el 70% de los casos y por encima de 2.000 euros en el 40%. El 6% de quienes se endeudaron lo hicieron por un monto superior a 4.000 euros.
- *Proyecto de retorno*: más de la mitad de las entrevistadas tiene proyecto de retorno, el 28% para antes de cinco años, el 16% para antes de diez años y el 12% para el momento de jubilarse laboralmente. Tan sólo el 11% tiene del todo claro que se quedará en España; el 15% lo hace depender de los cambios sociales y políticos que puedan ocurrir en el país de origen; y el 17% no tiene claro si retornará o no.

1.1.6. La situación de la inmigración en la Comunidad de Madrid

Ante la falta de datos actualizados del Padrón Municipal para el conjunto de los municipios de la Comunidad de Madrid, contamos con la información obtenida en el Censo de Población de noviembre de 2001. Según dicho censo residían entonces en la Comunidad de Madrid 366.000 extranjeros, que suponían el 6,8% de la población total. Una cifra que era superior a los datos de aquel año del Ministerio del Interior pero inferior a los datos padronales disponibles del conjunto de la Comunidad de Madrid. En todo caso, la información censal puede permitirnos una aproximación a los principales colectivos inmigrantes en las dos ciudades escogidas para llevar a cabo el trabajo de campo de nuestra investigación.

De los 183 municipios de la comunidad, la densidad de inmigrantes oscila entre el 20% de Fresnedillas de la Oliva y el 0% de varios pequeños municipios, pero la mayoría se sitúa en torno a la media, entre el 4 y el 8% de la población. Diecisiete municipios superaban el 10% de inmigración mientras había treinta que estaban por debajo del 2%. Sólo en seis municipios no se censó ningún ciudadano o ciudadana extranjeros.

LEGANÉS

Con 173.000 habitantes Leganés es la quinta ciudad más poblada de la comunidad, después de Madrid-capital, Móstoles, Fuenlabrada y Alcalá de Henares. Situada en la zona sur de la Comunidad, el número de extranjeros censados en 2001 fue de 8.018, que suponen el 4,6%, algo por debajo de la media de la comunidad.

Por nacionalidades, las diez principales en la ciudad de Leganés son las siguientes:

MARRUECOS	1.876
COLOMBIA	1.468
ECUADOR	879
PERÚ	530
RUMANÍA	400
BULGARIA	131
REP. DOMINICANA	128
VENEZUELA	59
FRANCIA	56
ITALIA	53

Marruecos ocupa el primer lugar, seguido de tres países centroamericanos (Colombia, Ecuador y Perú) y de dos de la antigua Europa del Este (Rumanía y Bulgaria). Francia e Italia aparecen en las dos últimas posiciones con un peso estadístico poco relevante.

ALCOBENDAS

Alcobendas tiene 92.000 habitantes, de los cuales casi 7.000 se censaron en 2001, representando el 7,6% del conjunto de la ciudad. La proporción es algo superior a la media madrileña.

Por nacionalidades, las diez principales en la ciudad de Alcobendas son las siguientes:

ECUADOR	1.195
COLOMBIA	925
MARRUECOS	523
FRANCIA	462
REP. DOMINICANA	440
PERÚ	354
ALEMANIA	296
REINO UNIDO	198
ARGENTINA	173
ITALIA	155

Ecuador, Colombia y Marruecos ocupan las tres primeras posiciones, en el mismo orden en que aparecen en el conjunto de la Comunidad de Madrid. Entre esas tres nacionalidades, suman el 38% de la pobla-

ción extranjera de Alcobendas. A continuación sigue Francia y más abajo otros tres países de la Unión Europea (Alemana, Reino Unido e Italia), siendo de las cinco zonas escogidas para el trabajo de campo la que tiene mayor número de nacionales comunitarios. Los tres restantes países son latinoamericanos (República Dominicana, Perú y Argentina), no apareciendo ninguno asiático ni de la Europa del Este.

1.1.7. Población extranjera en la ciudad de Madrid

Según el Padrón Municipal de la ciudad de Madrid, a 30 de junio de 2003, el número de extranjeros empadronados ascendía 405.000, que representan el 12,8% de la población de la ciudad (3.165.000 habitantes). A continuación vamos a describir algunos de los principales rasgos de la población extranjera en el conjunto de Madrid y en los tres distritos donde está previsto realizar nuestro trabajo de campo (Tetuán, Moncloa-Aravaca y Villaverde).

PESO Y CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA EMPADRONADA EN MADRID

Por sexos, las mujeres extranjeras representaban el 12,5% del total de las mujeres y los hombres el 13,2% de su grupo.

Por nacionalidades, la distribución de personas extranjeras por sexos presenta en la ciudad de Madrid el siguiente *ranking*:

Ambos sexos		Mujeres		Hombres	
1. ECUADOR	138.622	1. ECUADOR	74.138	1. ECUADOR	64.484
2. COLOMBIA	44.386	2. COLOMBIA	24.620	2. COLOMBIA	19.766
3. MARRUECOS	22.786	3. PERÚ	12.569	3. MARRUECOS	13.751
4. PERÚ	22.508	4. REP. DOMINICANA	9.277	4. PERÚ	9.939
5. RUMANÍA	17.687	5. MARRUECOS	9.035	5. RUMANÍA	9.525
6. REP. DOMINICANA	15.115	6. RUMANÍA	8.162	6. CHINA	6.161
7. CHINA	11.748	7. CHINA	5.587	7. REP. DOMINICANA	5.838
8. ARGENTINA	10.329	8. BOLIVIA	5.342	8. ARGENTINA	5.158
9. BOLIVIA	9.592	9. ARGENTINA	5.171	9. BOLIVIA	4.250
10. BULGARIA	7.411	10. FILIPINAS	4.015	10. BULGARIA	4.057

Se puede observar que no existen nacionales de la Unión Europea entre los diez primeros colectivos extranjeros de la ciudad de Madrid. Sin embargo hay un peso abrumador de nacionales latinoamericanos, que ocupan seis de los diez primeros puestos. Además, hay dos de la ex Europa del Este (Rumania y Bulgaria), uno de África (Marruecos) y otro de Asia (China). Por sexos, las mujeres prevalecen en el colectivo latinoamericano y filipino y los hombres en las otras nacionalidades.

Por tramos de edad prevalecen las personas en edad laboral (16-64 años) que suponen el 82% del total. En cuanto a los niños y niñas (menores de 16 años) son muchos más (15%) que quienes sobrepasan los

64 años (2,2%). Se trata por tanto de una población mayoritariamente en edad laboral pero con un número significativo de niños y niñas y muy pocas personas mayores.

DISTRITO DE TETUÁN

El número de extranjeros empadronados en el distrito madrileño de Tetuán es de 28.200, que suponen el 18,6% del total de la población. Por tramos de edad las diferencias son muy grandes ya que la cuarta parte de los niños (25,4%) y casi un tercio de los jóvenes (31,4%) son de nacionalidad extranjera, mientras sólo lo es el 2% de los mayores de 64 años. En los tramos intermedios representan el 24,5% de los adultos entre 30 y 49 años y el 8% de los que tienen entre 50 y 64.

La proporción de cada sexo por tramos de edad es muy similar a la anterior, con una ligerísima diferencia a favor de los hombres en la infancia y de las mujeres en la juventud.

Por nacionalidades, las diez principales en el distrito de Tetuán son las siguientes:

ECUADOR	12.176
REP. DOMINICANA	2.000
MARRUECOS	1.988
COLOMBIA	1.771
FILIPINAS	1.395
PERU	1.389
CHINA	644
RUMANÍA	636
ARGENTINA	565
BOLIVIA	539

Destaca Ecuador, de donde es el 43% de los extranjeros del distrito. Siguen República Dominicana y Marruecos, Colombia, Filipinas y Perú. Si comparamos estos datos con la distribución general de Madrid, destaca en este distrito la presencia de nacionales dominicanos y filipinos; el resto sigue la misma pauta que en el conjunto de Madrid.

DISTRITO DE MONCLOA-ARAVACA

El número de personas extranjeras empadronadas en este distrito es de 12.900, que suponen el 11% de la población de Moncloa-Aravaca. Por tramos de edad las diferencias son de nuevo muy grandes, destacando el tramo juvenil de 15 a 29 años (17%) y el primer tramo de la vida adulta (16% entre 30 y 49 años). Hay bastantes niños y niñas (11% de los empadronados en el distrito) y muy pocas personas mayores (menos del 2%).

La proporción de cada sexo por tramos de edad varía mucho en la edad juvenil (15-29 años) en la que las

chicas representan en el distrito una proporción (19,3%) bastante mayor que la de los chicos de ese tramo de edad (14,8%). Sin embargo, entre los niños tienen un peso algo mayor los niños que las niñas extranjeras.

Las diez principales nacionalidades extranjeras en el distrito de Moncloa-Aravaca son las siguientes:

ECUADOR	3.591
COLOMBIA	1.154
REP. DOMINICANA	629
PERU	549
FILIPINAS	526
RUMANÍA	495
ARGENTINA	486
MARRUECOS	458
ITALIA	366
MÉXICO	342

Destacan Ecuador y Colombia, de donde es el 36% de la población extranjera del distrito. Entre las diez primeras nacionalidades, aparecen otras cuatro de América Latina. El quinto lugar lo ocupa Filipinas y el sexto Rumanía. Marruecos se sitúa en octava posición y aparece un país de la Unión Europea, Italia, con 366 personas empadronadas.

DISTRITO DE VILLAVERDE

El número de extranjeros empadronados en el distrito madrileño de Villaverde es de 19.443, que suponen el 14% del total de la población. La densidad de inmigrantes se sitúa algo por encima de la medida de la ciudad de Madrid y en una posición intermedia entre los distritos de Tetuán y Moncloa-Aravaca. Por tramos de edad las diferencias siguen la misma pauta ya vista en los otros distritos: mucha población joven (23% de la existente en el distrito), proporciones importantes de niños y niñas (18%) y de población adulta entre 30 y 49 años (también el 18% del distrito), y pocas personas entre 50 y 64 años (5%) y muchas menos ancianas (1%).

La proporción de cada sexo por tramos de edad es muy similar a la anterior, en este caso con una ligera diferencia a favor de las niñas en la infancia y a favor de los hombres en la edad laboral de 30-49 años. Los jóvenes de ambos sexos mantienen la misma proporción (23%) en relación al conjunto de jóvenes del distrito.

Por nacionalidades, las diez principales en el distrito de Villaverde son las siguientes:

ECUADOR	5.528
COLOMBIA	2.795
MARRUECOS	2.756
REP. DOMINICANA	951
PERÚ	943

RUMANÍA	934
UCRANIA	763
POLONIA	553
NIGERIA	500
BULGARIA	369

Destacan de nuevo Ecuador y Colombia, de donde es el 43% de la población extranjera del distrito. Siguen Marruecos, República Dominicana, Perú y Rumanía, en una secuencia que se parece mucho a la general de Madrid. Después aparecen tres nacionalidades nuevas, Ucrania, Polonia y Nigeria, y en décimo lugar Bulgaria. Junto a cuatro países latinoamericanos, hay otros cuatro de la ex Europa del Este y dos africanos. Ninguno de Asia ni de la Unión Europea entre los diez primeros.

1.1.8. Los recursos para la atención a mayores dependientes

El *Observatorio de Personas Mayores* del IMSERSO elabora anualmente un informe estadístico a nivel estatal y por comunidades autónomas donde se recoge la información disponible sobre servicios y prestaciones públicas y privadas para las personas mayores. En este capítulo recogemos y comentamos los datos correspondientes a 2002.

La información es bastante precisa para los servicios existentes de titularidad pública, pero tiene muchas lagunas para los de titularidad privada. En especial, llama la atención que se encuentran vacías las casillas correspondientes al número de usuarios y usuarias «privados» de ayuda a domicilio (principal objeto de nuestra investigación), a las entidades privadas prestatarias de teleasistencia y a los centros de día privados no concertados. Sin embargo existe información de las residencias privadas, concertadas o no, y de los centros de día privados concertados.

Si nos limitamos a los cuatro servicios citados, y teniendo en cuenta que en algún caso puede existir solapamiento de datos (por ejemplo tener teleasistencia y acudir a un centro de día), el número total de personas mayores perceptoras es el siguiente:

Servicio	N.º de usuarios/as	Usuarios/as Población >65*
Ayuda a domicilio (pública)	21.549	2,71
Teleasistencia (pública)	14.342	1,80
Centros de día públicos	542	0,07
Centros de día privados concertados	695	0,09
Residencias públicas	7.589	0,95
Residencias públicas concertadas	4.858	0,61
Residencias privadas no concertadas	17.152	2,16
Total	66.727	8,40

(*) Población mayor de 65 años en 2002: 794.797 personas de ambos sexos.

El servicio más utilizado de los recogidos por el Observatorio son las *residencias*, donde vive el 3,7% de los ancianos de Madrid. En cuanto a su titularidad domina claramente el sector privado no concertado (57,9% de las plazas), seguido del sector público (25,6% de las plazas) y del privado concertado (16,4%). Una característica de las residencias privadas no concertadas es que su tamaño es mucho menor (media de 54 plazas por centro) que el de las públicas, incluidas en este caso las concertadas (media de 110 plazas).

El segundo servicio más utilizado es la *Ayuda a domicilio* que llegaba en 2002 a 21.549 personas mayores (2,7% de los mayores de 65 años). Varias casillas de datos aparecen vacías, como el sexo y el tramo de edad de las personas atendidas, además de las ayudas a domicilio prestadas por empresas o particulares privados. Existen, no obstante, algunos datos de interés para nuestro estudio, como los siguientes:

- El promedio de horas de atención dispensadas por usuario es de 17 al mes, o 4,2 horas a la semana (menos de una hora diaria).
- De las horas atendidas, sólo una tercera parte se emplea en «cuidados personales» mientras se dedican dos tercios a «tareas domésticas».
- El coste/hora del servicio de ayuda a domicilio es de 10,18 euros, de los cuales los usuarios financian una décima parte dependiendo de su capacidad adquisitiva.

La *teleasistencia* pública llega a 14.342 ancianos, que representan el 1,8% de los mayores de 65 años. El coste de este servicio es de 293 euros al año, que supone menos de un euro diario.

Por último, los *Centros de día* públicos y privados concertados sólo disponen en la Comunidad de Madrid de 1.237 plazas (cobertura del 0,16% en relación al número total de personas ancianas). El coste anual de una plaza es de 6.462 euros (casi 18 euros/día). El Observatorio desconoce el número de plazas en centros de día privados no concertados.

Además de los anteriores servicios para personas mayores dependientes, el Observatorio recoge algunos otros cuya cobertura es tan mínima que sólo merecen reseñarse para hacer evidente su escasa incidencia:

- Prestación económica para adecuación de vivienda: 964 (0,12%).
- Servicio público de estancia temporal: 508 plazas (0,06%).
- Plazas psicogeriatricas propias y concertadas: 160 (0,02 de los >65 años).
- Viviendas públicas tuteladas para mayores: 28 (0,003%)

Por último, el Observatorio recoge el número de personas ancianas usuarias de hogares y clubes para la tercera edad, siendo en este caso más numerosas que todos los demás: 213.282 personas, que representan algo más de la cuarta parte de la población con 65 y más años (26,8%). La proporción de mujeres en hogares y clubes es mayor (60%) que la de hombres (40%), siendo la edad media del conjunto de usuarias 71 años (una vez más la fuente no distingue los sexos).

1.2. LA VISIÓN DE LOS INFORMANTES CLAVE

El presente apartado recoge las cuarenta entrevistas realizadas en la Comunidad de Madrid a informantes cualificados conocedores del sector laboral de personas inmigrantes que cuidan a mayores en sus

domicilios. Las entrevistas son de dos tipos: información general correspondiente al conjunto de la Comunidad de Madrid (Entrevistas 1-10) y las referidas a las cinco áreas geográficas en las que hemos concentrado el trabajo de campo: municipios de Alcobendas (norte de la comunidad) y Leganés (sur de la comunidad) y tres distritos de la capital, Moncloa-Aravaca (estatus social alto), Tetuán (estatus intermedio) y Villaverde (estatus bajo).

Las personas entrevistadas se han escogido con el criterio de que, desde distintos ángulos, fueran conocedoras del sector de empleo que es objeto de la presente investigación. La tipología establecida incluye cuatro tipos básicos, que recogemos en el cuadro adjunto:

CUADRO 1

Cuarenta entrevistas a informantes en la Comunidad de Madrid

	EXPERTOS	ADMINISTRACIÓN	EMPRESAS	ONG
Comunidad de Madrid	E2 Instituto Estadística de la Comunidad de Madrid	E1 Observatorio de Personas Mayores E8. Ayuntamiento de Madrid. Departamento de Personas Mayores E9 Programa de la Comunidad de Madrid Migración y Multiculturalidad	E3 UGT. Centro Integral de Empleo E4 UGT. Área Servicio Doméstico E5 As. Candelita E6 EULEN, Sindicatos E7 ASISPA, Gestores	E10 CEAR-CASI
Tetuán	E14 Mujer inmigrante, mediadora informal		E16 Agencia privada de contratación para el servicio doméstico	E11 SOIE E12 VOMADE E13 ADRA E15 CEAR
Moncloa-Aravaca	E21 Investigadora de personas mayores	E19 Mediadora Moncloa E20 Mediadora Aravaca		E17 SOIE E18 APROSERS E22 ALMASI
Villaverde		E24 Mediadora intercultural	E26 Fundación TOMILLO, Gerente E27 Fundación Tomillo, SAD E28 QUAVITAE, Gerente	E23 SOIE E25 SOJALI
Alcobendas	E34 Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI municipal)	E29 Programa intercultural Ayuntamiento E30 Bolsa de Empleo municipal E23 Centro de Atención al Refugiado (CAR) E24 Servicio de Mayores del Ayuntamiento		E31 Madrid Puerta Abierta
Leganés		E36 Centro Municipal de Empleo E37 Servicio de Mayores del Ayuntamiento E40 Hospital Severo Ochoa. Unidad de Trabajo Social	E35 UGT, Taller de atención a la dependencia E39 Bolsa de trabajo de la Fund. Tomillo	E38 Proyecto SILCO

1.2.1. La percepción del fenómeno

A partir de un consenso general sobre la importancia creciente de este sector laboral, destacaremos su relación con otras formas de empleo, las características de las personas mayores atendidas y de la población inmigrante que les atiende, fijándonos en este caso en aspectos tales como la nacionalidad, el sexo y la edad, el estatuto legal, el tipo de empleo y el grado de formación.

EMERGENCIA DE ESTE TIPO DE ACTIVIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Hay una coincidencia generalizada en destacar la importancia creciente de este sector de actividad —el cuidado a personas mayores en sus domicilios—, que se considera uno de los más importantes «yacimiento de empleo» existentes en España. Los argumentos más utilizados son los siguientes:

1. Se incrementa el número de personas mayores, en términos absolutos y relativos, y disminuye el número de jóvenes (tasa de natalidad a la baja que da lugar a familias con muy pocos hijos e hijas).
2. Aumenta el número de sujetos «dependientes de otras personas», debido al incremento de la esperanza de vida y de las discapacidades propias de la edad avanzada. Esta situación se agudiza en el caso de las mujeres, que viven más años que los hombres pero padecen más enfermedades crónicas y discapacidades invalidantes.
3. Aumentan también las personas mayores que viven solas (el 22% en el municipio de Madrid), lo que las hace más dependientes de acompañamiento y de cuidados externos al no contar con parientes en régimen de convivencia.
4. Tanto las personas mayores como sus parientes prefieren que la atención se proporcione en el seno del hogar familiar, a fin de evitar el internamiento del anciano o anciana, lo que se ve como el «último remedio».
5. Se incrementa la tasa de actividad y de empleo de las mujeres en el mercado de trabajo remunerado, lo que limita el papel tradicional de muchas mujeres (esposas y, sobre todo, hijas) de atender a sus parientes mayores y dependientes.
6. A nivel ideológico, las familias y las personas particulares se han vuelto más independientes y/o individualistas, lo que lleva a considerar «una carga» la atención a sus mayores, delegando la atención a servicios especializados (públicos o privados).

La situación anterior no se produce con igual intensidad en todo el territorio de la Comunidad de Madrid. Así, el municipio de Madrid está mucho más envejecido que el resto de la comunidad, por lo que concentra mayor proporción de población de personas mayores dependiente. El 85% del servicio público de Ayuda a Domicilio tiene lugar en la ciudad de Madrid. Asimismo, la demanda de cuidados varía dentro de cada ciudad, según la antigüedad y características de la población de cada barrio. Por ejemplo, la proporción de mayores y de demanda de cuidados en Villaverde Alto es bastante mayor que en Villaverde Bajo porque se trata de una zona urbanizada mucho antes y con población más envejecida.

El cuidado a personas mayores dependientes lo llevaba a cabo tradicionalmente la propia familia, sobre todo el cónyuge (hombre o mujer) y las hijas. Sin embargo, a consecuencia de los factores ya aludidos están emergiendo con mucha fuerza formas mercantilizadas de atención, tanto en residencias como a

domicilio. En ambos casos, la titularidad puede ser pública, privada o mixta (titularidad pública y gestión privada).

En el caso de las *residencias*, la expansión del empleo, aun siendo importante, es bastante limitada por varias razones. En primer lugar, las propias personas mayores se resisten a acudir a residencias y prefieren —siempre que pueden— seguir viviendo en su domicilio o en el domicilio de sus hijos. En segundo lugar, existen muy pocas residencias de titularidad pública, concertadas o semiconcertadas, por lo que están saturadas y con largas listas de espera. En tercer lugar, las residencias privadas son más abundantes —y podrían seguir creciendo— pero sus precios las hacen inaccesibles a una gran parte de las familias madrileñas.

Los *Servicios municipales de Ayuda a Domicilio* (SAD) han experimentado un gran crecimiento en los últimos veinte años, proporcionando atención «barata» para los usuarios (en función de su poder adquisitivo) a más de 21.000 personas (enero de 2002, dato proporcionado por el Observatorio para las Personas Mayores). La progresión de este servicio se puede ejemplificar en el municipio de Madrid, cuya cobertura de personas mayores atendidas por el SAD se ha incrementado el 63% en los últimos tres años, pasando de 12.600 en 1999 a 20.591 en 2002 (datos de la Memoria de Servicios Sociales del Ayuntamiento).

Sin embargo, los Servicios públicos de Ayuda a Domicilio tienen una limitación importante ya que sólo atienden una media de 4,5 horas a la semana (17,9 horas/mes en 2002), es decir, se plantean como un complemento puntual al apoyo informal que proporcionan los parientes o personas contratadas a título privado.

Por último, están los *cuidadores y cuidadoras que son contratados privadamente por las familias* y que constituyen el principal objetivo del presente estudio. Se trata de un sector en expansión como los anteriores pero del que no se conocen datos precisos ya que las estadísticas existentes sólo proporcionan datos parciales (por ejemplo, los registros de una bolsa de empleo o los que están dados de alta en la Seguridad Social) o bien agregados con otras ocupaciones (por ejemplo, personas afiliadas al servicio doméstico que incluye el cuidado de niños, tareas domésticas, etc.).

Todas las personas entrevistadas conocen la importancia de esta modalidad de empleo, y también coinciden en señalar la importancia creciente que tiene para las mujeres inmigrantes, pero no pueden precisar su número o su evolución en los últimos años. No obstante, proporcionan opiniones e informaciones parciales, en función de su experiencia, que pueden permitir una primera aproximación, tal como haremos en los siguientes apartados.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS

La mayoría de las personas atendidas tiene alguna discapacidad o enfermedad crónica que las limita hasta el punto de requerir el cuidado de otras personas. Otro sector menor son personas válidas pero que viven solas y a quienes su familia les insiste en que cuenten en casa con una persona de compañía y de apoyo para realizar las tareas del hogar. Por último, hay algunos casos, muy pocos, de personas mayores válidas que, aun no viviendo solas, cuentan con empleo externo.

Las personas mayores, sobre todo las mujeres, son reacias a «meter gente en casa», salvo que sea necesario. Por eso, son pocas las personas mayores válidas que reclaman ese servicio. No obstante, se da el caso

de empleados y empleadas polivalentes que atienden diversas funciones en el hogar (hijos, limpieza, comida, compras... y atender a algún anciano). En este caso, la atención a la persona mayor puede ser colateral a esas otras funciones.

Como ya hemos señalado, cada vez son más numerosas las personas mayores (sobre todo, mujeres viudas) que viven solas, situación propicia para reclamar apoyo externo. A algunas inmigrantes entrevistadas les resulta extraño que en España haya tantos mayores «solos y abandonados», lo que no ocurre en sus países de origen.

Las discapacidades más frecuentes por las que se contratan servicios externos son los problemas de movilidad y las demencias. En estos casos, las ofertas de trabajo suelen ser de horarios prolongados, y «si es de interna mejor». Contratar a una interna sale mucho más barato que contratar a varias personas con horarios parciales.

Inicialmente suele existir reticencia o prejuicios para dejarse atender por personas extranjeras, lo que se agudiza si el color de la piel es negro o proceden de países de mayoría islámica. Sin embargo, estas reticencias suelen desaparecer con el trato. Para vencer los prejuicios iniciales las familias contratantes suelen utilizar la mediación de personas de su confianza, que pueden ser otros inmigrantes o empleadores; en el caso de recurrir a una agencia de colocación, exigen garantías e informes sobre la persona que van a contratar.

En la mayor parte de los casos la gestión de la oferta de trabajo no la lleva la persona mayor atendida sino sus familiares (hijos, cónyuge...). Según un informante del distrito madrileño de Tetuán, «son las hijas en el 90% de los casos».

TIPOLOGÍA DE LAS PERSONAS INMIGRANTES QUE PRESTAN CUIDADOS

Los informantes de las diversas agencias de colocación coinciden en señalar que la demanda de trabajo por parte de inmigrantes es mayor que la oferta de empleos, aunque éstos sigan también creciendo. Esto se achaca al gran número de inmigrantes llegados en los últimos tres años («avalancha») que ha saturado ese segmento del mercado laboral. En varios SOIES (Servicios de Orientación e Información para el Empleo), dependientes de Cáritas, reconocen que logran colocar a menos de la décima parte de los inmigrantes que les llegan con la intención expresa de atender a personas mayores.

Por *nacionalidades*, todos los informantes coinciden en que la mayor parte procede de América Latina, sobre todo de Ecuador, Colombia, Perú y República Dominicana. Se trata, justamente, de las cuatro nacionalidades más numerosas en la Comunidad de Madrid, aunque aparecen también grupos nacionales que están experimentando un notable impulso en los últimos meses, como el argentino y el boliviano. En segundo lugar, se alude con frecuencia a trabajadores procedentes del Este de Europa, como Rumanía, Bulgaria, Polonia o Ucrania, o bien a Filipinas. Con menor frecuencia se alude a la inmigración africana (Marruecos, en primer lugar, y Guinea Ecuatorial y Senegal después).

La preferencia por personas latinoamericanas, aparte de que son las más numerosas, se relaciona con el hecho de hablar el mismo idioma, tener especiales cualidades para el trato con las personas («dulces, amables, cariñosas, atentas...») y participar de la misma cultura religiosa.

En opinión de una mujer inmigrante entrevistada, de origen marroquí, existen muchos tópicos asociados a la nacionalidad: «para cuidar niños, mejor las del Este; para ancianos, las latinoamericanas que son más cariñosas, pero mejor guineanas si tienen que ser fuertes para mover a la persona mayor; si la quieres barata y que trabaje muchas horas, busca una ecuatoriana; y si quieres que trabaje como una burra, entonces una marroquí». Otra informante nos dice que las rumanas tienen problemas para dar la medicación porque no dominan el idioma español, lo que dificulta también la comunicación con los mayores.

Por sexos, predominan las mujeres, sobre todo para cuidar a ancianas. No obstante, también hay algunos hombres, de los que se valora su fuerza física para desempeñar ciertos trabajos. A veces se contratan los servicios de un matrimonio. En opinión de una mujer entrevistada, el que la inmensa mayoría sean mujeres es algo que se produce «por selección natural», ya que se trata de llevar a cabo tareas que tradicionalmente han sido asignadas a la población femenina.

Si atendemos a la *edad*, prevalecen las que tienen edad laboral intermedia, entre 30 y 50 años. Las muy jóvenes se adaptan mal a este trabajo, sobre todo si lo desempeñan como internas («cogen grandes depresiones al no poder salir, ir con el novio», etc.), y suelen durar poco en el mismo. En opinión de algunas personas entrevistadas, el promedio de edad de las mujeres que buscan empleo para cuidar a mayores se ha elevado en los últimos años.

En cuanto a la *modalidad de empleo*, la oferta más abundante de empleo es para «internas», que cuenta por el contrario con la menor demanda de trabajadoras. Esto origina que sea un sector con oferta no cubierta del todo en varias de las bolsas de empleo que hemos visitado. Por ejemplo, en una agencia privada de colocación para el servicio doméstico, por la que pasan diariamente unos 60 inmigrantes para buscar empleo, tenían en el momento de hacer la entrevista varias ofertas sin cubrir para internas. En el programa de inserción laboral del Centro de Atención al Refugiado (CAR) de Alcobendas habían recibido seis ofertas de trabajo para internas en los últimos meses, que fueron muy difíciles de cubrir debido a la resistencia de las mujeres candidatas que buscaban empleo: «Se resisten a aceptarlo porque no les gusta... Tienen que enclaustrarse 24 horas con un mayor por un salario muy bajo... eso no es apetecible». Sin embargo, la demanda de trabajo para externas —como fijas o «por horas»— es más abundante y el mercado está saturado, por lo que muchas no pueden colocarse. En opinión de las personas entrevistadas, trabajar en régimen de «internas» para cuidar a una persona mayor con graves achaques es muy duro (se pierde la libertad de movimientos y relaciones, los ingresos son bajos en términos relativos al tiempo de trabajo, etc.), por lo que sólo lo aceptan mujeres inmigrantes en situación especialmente frágil: sin documentación, que se encuentran solas, con cargas familiares y una edad relativamente avanzada. Pero incluso en estos casos, cuando pueden, dejan el empleo de «internas» y pasan a trabajar como externas o bien acceden a otras ocupaciones.

Otra característica de las inmigrantes cuidadoras es su *estatuto legal* de residencia en España. La opinión más extendida entre nuestros informantes es que una gran parte de quienes trabajan a nivel particular en casas de personas mayores se encuentra en situación irregular, es decir, sin permiso de residencia y, por tanto, sin posibilidad de cotizar a la Seguridad Social (economía sumergida). Sin embargo, este juicio global queda muy matizado dependiendo de diversas circunstancias:

- Las empresas y asociaciones que gestionan servicios municipales para la tercera edad, en especial el Servicio de Ayuda a Domicilio (ASISPA, QUAVITAE, EULEN, Fundación Tomillo...) o que trabajan en vin-

culación con el INEM (CEAR), sólo pueden proporcionar empleo a inmigrantes con la documentación en regla, pese a lo cual reconocen que bastantes solicitantes de empleo les llegan «sin papeles», en cuyo caso no les atienden o bien les remiten a otras entidades que pueden hacerlo (por ejemplo, de los 470 inmigrantes solicitantes de empleo que llegaron a CEAR en el primer trimestre de 2003, el 74% tenía documentación, el 5% la estaba tramitando, el 9% era irregular y el 12% restante se encontraba en «circunstancias excepcionales»). En bastantes casos se remite a los/las «irregulares» a entidades que pertenecen a la misma red: desde el Servicio de Ayuda a Domicilio de Leganés, gestionado por la Fundación Tomillo, se deriva hacia el Servicio de Información y Orientación al Empleo de la propia Fundación Tomillo que actúa también en Leganés en convenio con el Ayuntamiento; desde CEAR se remite hacia los dos Centros de Atención Social a Inmigrantes (CASI) que están gestionados por el propio CEAR. En algunos casos, sobre todo si no contaban con mano de obra suficiente o se trataba de mano de obra especialmente cualificada para el servicio, las entidades firmaban un «precontrato» con la persona irregular, pero esta fórmula parece haber sido desechada últimamente debido a que la administración responde negativamente de forma sistemática a tales precontratos.

- Otra entidad que sólo incluye en su bolsa de empleo a quienes tienen los papeles en regla es la Agencia de Selección de Servicio Doméstico Rosa Lozano, pese a lo cual de quienes solicitan empleo en dicha Agencia la mitad son irregulares.
- Las bolsas de empleo o Servicios Orientación Laboral de titularidad municipal atienden a regulares e irregulares, poniendo como única condición que el solicitante de empleo esté empadronado en el municipio. La responsabilidad legal de trabajar sin papeles la trasladan a la familia contratante y a la propia persona empleada, limitándose ellos a poner en contacto a ambas partes. Así funcionan la bolsa de empleo del Ayuntamiento de Alcobendas y el Centro Municipal de Desarrollo Local y Empleo de Leganés. En el distrito de Moncloa-Aravaca del municipio de Madrid funciona también ALMASI (Proyecto de Capacitación Laboral para Población Inmigrante) que trabaja con los Servicios Sociales de la Junta Municipal y tiene financiación del Fondo Social Europeo y de la Dirección General de la Comunidad de Madrid; en este caso, la mayoría de las mujeres inmigrantes que solicitan empleo se encuentran «sin papeles».
- Desde las organizaciones no gubernamentales y desde los centros dependientes de sindicatos o de iglesias (católica o protestante), la respuesta más frecuente es que entre las mujeres que solicitan emplearse con personas mayores en su domicilio a título particular prevalecen las que no tienen papeles. Es más, consideran que ese tipo de empleo es buscado por muchas de ellas como la puerta de acceso al empleo en España, debido a que las familias contratantes no suelen pedir la documentación (así se ahorran el pago de la Seguridad Social) y la inspección laboral no entra en los domicilios particulares. No obstante, en los casos que cuentan con información estadística precisa, los solicitantes con papeles y sin papeles guardan proporciones parecidas: en el SOIE de Tetuán el 40% no tiene documentación y en el SOIE de Villaverde el 53%; de quienes acuden a la bolsa de empleo de Tomillo, en Leganés, la mitad son indocumentados. En otras entidades (ADRA, VOMADE, APROSERS, Madrid Puerta Abierta, SOJALI, etc.) señalan que la mayoría de las mujeres inmigrantes que acuden por primera vez a solicitar empleo en casas para atender a personas mayores suelen encontrarse sin documentación pero deseosas de conseguirla cuanto antes, y que precisamente por eso solicitan ese tipo de empleo. En este sentido, plantean las dificultades que se encuentran estas personas, primero por las trabas de la administración para regularizar su trabajo (cada vez resulta más difícil y muchas per-

sonas tienen que esperar cuatro o cinco años hasta conseguir los papeles) y, en segundo lugar, por el rechazo de las familias contratantes que, en algunos casos, no están dispuestos a pagar a la empleada la cotización de la Seguridad Social.

- Las empleadas que llegan a las casas sin ninguna mediación institucional, a través del «boca a boca» de las redes sociales, suelen seguir un itinerario que empieza trabajando sin papeles como «internas» para pasar al cabo de algunos años a conseguir los papeles y trabajar como externas o bien acceder a otros empleos (limpiezas, hostelería, comercio, peluquerías, locutorios, oficinas...). Sobre la base de esta pauta general, la casuística de situaciones particulares es muy variada, lo que depende de muy diversos factores (institucionales, de la trabajadora y de la familia que contrata).

FORMACIÓN Y CUALIFICACIÓN PROFESIONAL

En el plano educativo podemos distinguir dos aspectos: la formación académica o nivel de estudios y la cualificación profesional específica para atender a mayores dependientes. En cuanto a lo primero, la opinión más frecuente es que la mayoría de quienes solicitan este tipo de empleo tienen un nivel de estudios aceptable, aunque para un sector menor de nuestros informantes prevalece un nivel de formación «bastante bajo».

En el SOIE de Villaverde (Madrid) disponen de una estadística precisa del nivel de educación de los aspirantes a conseguir un empleo, que proporciona los siguientes resultados:

- 8% sin estudios.
- 38% estudios primarios.
- 29% secundarios.
- 20% superiores de grado medio.
- 5% superiores de grado alto.

También dispone de información precisa el Área Sociolaboral de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado. De los 470 solicitantes de empleo atendidos en el primer trimestre de 2003 (que incluyen a solicitantes de refugio y a inmigrantes en general), el nivel de estudios es el siguiente:

- 1,5% sin estudios.
- 15% estudios primarios.
- 47% secundarios.
- 17% formación profesional.
- 10% superiores de grado medio.
- 12% superiores de grado alto.

La estadística de CEAR, además de incluir una parte de «refugiados» con un nivel de estudios más elevado en general que los inmigrantes «económicos», incluye a hombres y a mujeres (cuyos niveles de estudios son muy parecidos), y no distingue el tipo de trabajo que solicitaban. Probablemente el nivel de estudios de las mujeres que solicitan emplearse para cuidar a personas mayores en sus casas sea bastante inferior al que recogen los datos anteriores. Esta es la opinión, sin datos precisos, de otras fuentes

de información. Por ejemplo, para el SOIE de Tetuán las solicitantes tienen un nivel de estudios bastante bajo, sobre todo las dominicanas y también, aunque algo superior, las ecuatorianas. Para ALMASI, bolsa de empleo del distrito de Moncloa-Aravaca, el 70% de las candidatas sólo tiene enseñanza primaria. No obstante, todos los informantes coinciden en que una parte menor de las solicitantes de este tipo de empleo tiene alta cualificación, incluso con formación en especialidades —como enfermería o auxiliares de clínica— que aquí no se les reconoce.

Salvo estos últimos casos, más bien esporádicos, las solicitantes de empleo no llegan con una formación profesional específica para cuidar personas mayores. De ahí que las instituciones mediadoras promuevan cursos de formación, de mayor o menor duración, a fin de cualificarlas para el trabajo que van a hacer. Algunos de esos cursos, de los que hemos obtenido información en las entrevistas, son los siguientes:

- Todas las empresas y asociaciones que tienen convenios con los ayuntamientos para trabajar con personas mayores disponen de cursos de formación especializada, que incluyen como parte del horario laboral de sus trabajadores. Como ejemplo, la Fundación Tomillo lleva a cabo un taller de empleo de Ayuda a Domicilio que consta de 360 horas teóricas y 400 prácticas. Este curso se entiende como formación permanente de los propios trabajadores y en el último realizado una tercera parte eran inmigrantes. ALMASI (Moncloa-Aravaca) proporciona cursos de cocina española y habilidades domésticas y de cuidado de mayores, niños y enfermos (90 horas). En la misma línea, el programa formativo de ayuda a domicilio que imparte la Asociación Candelita contiene las siguientes materias:

1. Ubicación en la profesión
2. Planificación, desarrollo y seguimiento de casos
3. Nutrición dietética y alimentación
4. Higiene y seguridad personal
5. Limpieza y cuidados del hogar
6. Prevención y atención sociosanitaria
7. Recursos sociales e integración social
8. Técnicas y soportes de gestión y administración básica
9. Las mujeres y la igualdad de oportunidades
10. Prevención de riesgos laborales
11. Trayectoria profesional y orientación laboral

- Las organizaciones no gubernamentales que realizan mediación laboral con inmigrantes tienen también habitualmente cursos de formación en temas relacionados con la geriatría o la atención a personas dependientes:
 - SOIE (Servicio de Orientación e Información para el Empleo, de Cáritas de Madrid): realiza dos veces al año cursos de geriatría desde los servicios centrales de Cáritas de la Comunidad de Madrid. Cada curso dura un mes de clases por las mañanas y de otro mes de prácticas en una residencia de ancianos. Además de los cursos de geriatría, el SOIE proporciona también cursos de hostelería, fontanería, etc.

- ADRA (Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales): realiza una vez al mes un curso intensivo de diez horas de duración por las tardes, después del horario laboral, en su sede sobre cuidados a personas mayores (disponen de una cocina y sala de lavado y plancha, así como de camas y aparatos para enseñar a mover a los enfermos...).
- VOMADE (Voluntariado de Madres Dominicanas): imparten dos cursos anuales de atención socio-sanitaria a mayores dependientes. La finalidad es facilitar la colocación de personas que quieren empezar a trabajar y no tienen experiencia.
- APROSERS (Asociación de Promoción de Servicios Sociales): imparte un curso anual de auxiliar de enfermería y geriatría, que consta de 75 horas teóricas y otras 75 prácticas en residencias y centros de día. Los contenidos se enfocan al cuidado de mayores con Alzheimer, diabetes, problemas cardiovasculares o inmovilizados, entre otros. El diploma obtenido en el curso y los contactos que se establecen al hacer las prácticas son muy útiles a la hora de conseguir un empleo en el sector, no sólo en domicilios particulares sino en los servicios municipales de ayuda a domicilio y en residencias y centros de día.
- Los sindicatos promueven también talleres de formación, con financiación europea y a veces municipal, con vistas al empleo, que en algunos casos inciden en el sector de cuidados a personas mayores. Así, UGT gestiona una Escuela Taller de Atención a la Dependencia, radicada en Leganés, que dura un año de duración (6 meses de teoría y 6 de prácticas). En otros casos (como el programa SILCO, de CC.OO.) el trabajo se orienta a facilitar la búsqueda de empleo de personas en paro entre las que sólo esporádicamente aparecen candidatos o candidatas a trabajar en el cuidado de personas mayores.

1.2.2. Relación entre la oferta y la demanda

En este apartado recogemos la información obtenida sobre cómo se produce en la Comunidad de Madrid el contacto entre la familia o persona mayor que ofrecen un puesto de trabajo (oferta laboral) y la persona inmigrante que busca empleo (demanda). Destacaremos, en primer lugar, las *redes informales* que, según todos nuestros informantes, constituyen la vía de contratación más habitual. Después repasamos los restantes vías utilizadas, según el orden de importancia que tienen en la Comunidad de Madrid.

REDES INFORMALES

La forma más frecuente de encontrar trabajo es el «boca a boca». El proceso se inicia en la familia empleadora que habla con la cuidadora y ésta busca candidatas entre sus amigas, hermanas, primas o gente de su comunidad. A veces, también, es la propia cuidadora quien ofrece los servicios de otra persona de su familia o su comunidad a la parte empleadora.

En algunos casos las personas inmigrantes que hacen de mediadoras cobran por ello, pero esto es poco frecuente. Lo normal es que se haga por amistad o solidaridad familiar. No obstante, hemos detectado algunos casos en los que la tarea de mediación representa una fuente importante de ingresos, en ocasiones combinada con otros servicios como facilitar la venida y primer asentamiento en España a la candidata a trabajar.

Probablemente este canal para lograr empleo es el más utilizado en la primera etapa migratoria. La inmigrante llega a España, en general sin papeles, aprovechando la confianza que deposita en ella la parte empleadora a causa de que un familiar le hace de aval —normalmente otra empleada de hogar—. Por otra parte, la familia contratante se beneficia pagando un salario menor y no cotizando a la Seguridad Social, salvo en casos excepcionales, como compensación por el favor y el riesgo asumidos al contratar a una persona «ilegal».

Desde las instituciones consultadas, se plantean algunas quejas en relación a esta forma de contratación informal, que para todos es la más habitual

- Para las bolsas de trabajo de ONG y de instituciones religiosas, la continua llegada a España de nuevas trabajadoras a través de redes informales está contribuyendo a «saturar el mercado», lo que les hace muy difícil encontrar ofertas no cubiertas para quienes se encuentran ya en España y acuden a ellos con la esperanza de encontrar un empleo.
- Para las empresas con orientación mercantil (como QUAVITAE o EULEN), las redes informales de contratación, debido a sus bajos precios y a su gran elasticidad, rompen el mercado regular y, en consecuencia, ellas «no pueden competir» hoy por hoy en ese segmento de empleo.

AGENCIAS DE COLOCACIÓN, INTERMEDIARIOS COMERCIALES Y PUBLICIDAD

Existen bastantes agencias de colocación para el servicio doméstico a donde acude tanto la oferta como la demanda de empleo para atender a mayores. En las entrevistas realizadas se nos ha remitido a más de diez en el municipio de Madrid, donde se concentra la población de personas mayores dependientes, y a otra en el municipio de Leganés. Estas agencias se anuncian en los medios de comunicación y suelen tener una clientela más bien estable. En la mayoría de los casos son personas españolas, pero también hay algunas que han surgido a iniciativa de inmigrantes.

En una agencia visitada, situada en la Plaza de Cuatro Caminos, disponen de una base de datos con unas 5.000 personas, la mayoría inmigrantes. Cada día acude una media de 60 personas buscando empleo. Cinco de cada seis son mujeres y casi la mitad no tiene los papeles en regla por lo que no se les incluye en la base de datos. Cuando posteriormente se les llama para un empleo, en muchos casos no están localizables o ya han encontrado empleo.

Las bolsas de empleo dependientes de organizaciones no gubernamentales, incluidas las asociaciones de inmigrantes, desconfían bastante de las agencias privadas. En su opinión, cometen frecuentes abusos, como exigir a quienes buscan empleo una cantidad de dinero para ser introducidos en el banco de datos, aparte de cobrar una mensualidad a las familias clientes al proporcionarles el cuidador o cuidadora que buscaban. Algunas personas se han sentido estafadas y lo han denunciado a la policía por lo que se ha procedido al cierre de alguna de estas agencias.

La mediación comercial puede orientarse también a facilitar la redacción del currículum (lo que se hace en algunos locutorios) o para acompañar al demandante de empleo a las bolsas y agencias de colocación. En ambos casos suelen ser inmigrantes quienes prestan tales servicios.

Por último, la mediación comercial se establece también a través de la publicidad en los medios de

comunicación, que es utilizada tanto por grandes empresas (como EULEN o QUAVITAE) para anunciar sus servicios, como por la oferta o la demanda de particulares a través de los correspondientes servicios de publicidad de los periódicos y revistas. Así, en Madrid tiene bastante incidencia el periódico *Segunda Mano* y en Alcobendas la revista municipal *Siete días*. En opinión de algunos informantes, muchas familias no utilizan esta vía porque desconfían del anonimato de los anunciantes (por lo que algunos añaden la frase: «con informes»).

La forma más simple de anunciarse es la que llevan a cabo los particulares en las farolas de la calle o en las paredes de los hospitales o en los tablones de algunos supermercados. Parece que este método no es muy eficaz por la misma razón que el anterior ya que las familias contratantes quieren garantías previas.

BOLSAS DE EMPLEO DE INSTITUCIONES RELIGIOSAS

Existen varias redes de inspiración religiosa orientadas a apoyar la inserción social y laboral de la población inmigrante. Entre ellas hay algunos institutos religiosos que tradicionalmente se han dedicado a mediar en la colocación de mujeres para el servicio doméstico (como las religiosas de María Inmaculada) y que han reorientado su trabajo hacia las mujeres inmigrantes. Otras redes tienen su origen en iniciativas parroquiales, destacando la organizadas por Cáritas de Madrid a través del Servicio de Información y Orientación para el Empleo (SOIE), con oficinas en todos los distritos de la ciudad de Madrid. Por la información obtenida en varios de estos Servicios (en Tetuán, Moncloa-Aravaca y Villaverde), la demanda de trabajo es mucho mayor que la oferta, por lo que la mayoría de los candidatos pasan a una lista de espera (salvo las demandas para trabajar como «internas» que encuentran empleo más fácilmente). Los SOIE están coordinados entre sí y con otras asociaciones y organizaciones de todo tipo —incluidos los sindicatos—, derivando a los inmigrantes hacia aquellos servicios que necesitan.

Hemos visitado también una bolsa de empleo que depende de la Iglesia adventista. Por su sede, en el distrito de Tetuán, pasan diariamente entre 20 y 30 inmigrantes solicitando empleo. La mayoría son mujeres y con frecuencia aparece la demanda expresa de trabajar en casa de personas mayores. El servicio está bastante tecnificado y trabajan en colaboración con otras organizaciones y servicios de empleo, incluidas empresas de trabajo temporal, agencias privadas de servicio doméstico y residencias de ancianos. Su funcionamiento práctico es muy parecido al existente en las parroquias católicas.

BOLSAS DE EMPLEO DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG)

Bajo el paraguas de las ONG, existen múltiples asociaciones que tratan de mediar entre la demanda y la oferta del sector que estudiamos. Así, cabe distinguir las asociaciones de inmigrantes, que a veces tienen bolsas de empleo propias, de aquellas otras asociaciones que trabajan a favor de los inmigrantes. En ambos casos buscan subvenciones o convenios con la administración local o con el INEM, como «entidades colaboradoras» para la inserción de la población inmigrante. Una característica común a todas ellas es que no cobran por sus servicios.

Por la asociación Voluntariado de Madres Dominicanas (VOMADE) pasan diariamente varias decenas de personas que buscan empleo. Disponen de una amplia base de datos y proporcionan «empleadas» para Madrid y para fuera de Madrid. Inicialmente surgió para favorecer la inserción social y laboral de la

comunidad dominicana pero actualmente trabajan con todos los colectivos de inmigrantes, sobre todo con el latinoamericano.

La Asociación de Promoción de Servicios Sociales (APROSERS) trabaja en cooperación con los servicios municipales del distrito de Moncloa-Aravaca. En los últimos cuatro meses han colocado a unos cuarenta inmigrantes en empleos domésticos, si bien no saben especificar cuántos de ellos atienden a personas mayores.

La bolsa de empleo de SOJALI (Situación de la Orientación Jurídica y Asesoramiento Laboral para Inmigrantes) depende de la Asociación de Vecinos de San Fermín, en el distrito de Villaverde. Sus dos fines son facilitar el empleo de inmigrantes que buscan empleo y sensibilizar al vecindario para la convivencia intercultural. En cuanto a la mediación laboral, su papel se limita a facilitar la conexión entre la oferta y la demanda, sin dar importancia al hecho de tener papeles (por lo que no saben especificar cuántos de los que atienden se encuentran en situación «irregular»).

Otras ONG —como CEAR o la Asociación Tomillo— tienen también bolsas propias de empleo en diversos lugares de la Comunidad de Madrid con el fin de facilitar la inserción laboral de los inmigrantes. En todos estos casos se busca financiación de la administración local, del INEM y a veces mediante programas financiados a nivel europeo. En algunos casos, como CEAR, sólo se trabaja con inmigrantes en situación regular, derivando a los otros a asociaciones que puedan atender sus necesidades.

Por último, existen ONG que gestionan servicios públicos de atención a personas mayores en sus domicilios, en unos casos a amplia escala (como ASISPA) y en otros a pequeña escala (como Candelita). A veces el servicio consiste en proporcionar mediadores —inmigrantes o autóctonos— que faciliten la inserción social y laboral de los inmigrantes, como la Asociación Madrid Puerta Abierta en Alcobendas o el Centro de Atención Social a Inmigrantes dependiente de CEAR. En conjunto, estos centros proporcionan una tupida red de conexiones que facilita la búsqueda de empleo a una parte de los inmigrantes.

SERVICIOS SOCIALES Y BOLSAS DE EMPLEO MUNICIPALES

Los servicios sociales municipales, a través de sus departamentos de información al público, llevan a cabo una importante función de mediación entre la oferta y la demanda de cuidados en el hogar. En efecto, de las demandas de información hechas por el público en los últimos años, la más frecuente ha sido la de solicitar un auxiliar de hogar a través del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Por otra parte, las empresas y ONG adjudicatarias de los servicios municipales para personas mayores disponen de sus propias bolsas de empleo donde sólo son aceptados candidatos que tengan los papeles en regla. Así, por ejemplo, ASISPA suele recurrir, para cubrir sus puestos vacantes, a diversas bolsas de empleo, asociaciones, centros de educación de adultos, etc. Los candidatos, en su mayoría mujeres, rellenan una ficha y se les llama a una reunión en la que se les explica en qué consiste el trabajo de Auxiliar de Ayuda a Domicilio. Si las candidatas deciden seguir participando, se valora si tienen experiencia en el sector, cursos de geriatría o ayuda a domicilio y se selecciona a las más cualificadas. En este caso se les invita a hacer un curso de cinco horas con una información más intensa en torno a la ayuda a domicilio, movilización, aseo personal, alimentación, nociones sobre ASISPA, salarios y condiciones de contratación. Finalmente se escogen a las personas que han obtenido mejor puntuación.

Ante la escasez de mano de obra autóctona en este sector, tanto las empresas adjudicatarias como los propios responsables de los ayuntamientos se quejan de la rigidez de la política de inmigración que hace muy difícil —«casi imposible actualmente»— contratar a mujeres inmigrantes que están bien preparadas y tienen experiencia en el sector pero que no tienen la documentación en regla.

En cuanto a las bolsas de trabajo de titularidad municipal (las hemos entrevistado en los tres municipios estudiados: Madrid, Alcobendas y Leganés), la norma que establecen para facilitar la conexión entre la oferta y la demanda es que las personas inmigrantes buscadoras de empleo estén empadronadas en su respectivo ayuntamiento. La responsabilidad en la forma de llevar a cabo la contratación la derivan a las dos partes implicadas —la oferta y la demanda—. No obstante, nuestros informantes creen que una parte de la inmigración tiene miedo de acudir a las bolsas municipales porque piensan que, al dar su nombre y su dirección, pueden ser controlados por la policía y devueltos a su país.

INICIATIVAS SINDICALES

Con una incidencia más bien pequeña o «testimonial», los sindicatos de trabajadores cumplen también tareas de información e intermediación laboral con la población inmigrante, ya sea a través de algunos centros de asesoramiento para el empleo como en diversas iniciativas de inserción laboral a las que también acuden inmigrantes.

Como ejemplos, podemos citar la escuela-taller de Atención a la Dependencia, organizada por el sindicato UGT en Leganés, cuyo módulo más importante se orienta a la atención a las personas mayores, o el Servicio de Inserción Laboral de Comisiones Obreras en el mismo municipio.

Indirectamente los sindicatos facilitan también la contratación laboral en la medida que cooperan activamente para facilitar la tramitación de la documentación de los inmigrantes (CITES, Centros Guía...) o salen al paso en algunos casos de los problemas laborales que les plantean los trabajadores inmigrantes. No obstante, son muy pocos los trabajadores del sector estudiado que recurren a los sindicatos y muchos menos los que están afiliados.

1.2.3. Condiciones de trabajo

La información suministrada por las personas entrevistadas la recogemos en cinco apartados. En primer lugar, nos fijamos en el acceso, la movilidad laboral y el tipo de contratación existente. Después, describimos las principales tareas realizadas y el grado de intensidad en el trabajo (horarios, pluriempleo, etc.). Por último, hacemos referencia a los salarios según sea la modalidad de empleo, a los conflictos laborales y al papel jugado por los sindicatos.

VÍA DE ACCESO AL EMPLEO DE LAS INMIGRANTES SIN PAPELES. MOVILIDAD LABORAL

En muchas entrevistas se indica que emplearse como «internas» es la *principal vía de acceso al mercado de trabajo español para las mujeres inmigrantes que llegan a Madrid y no tienen documentación*. Se trata de una ocupación que tradicionalmente estuvo al margen de la regulación laboral y que actualmente mantie-

ne un estatuto «especial» que impide, por ejemplo, que se lleve a cabo la inspección de las condiciones de trabajo en el interior de los domicilios, supuestamente para respetar el derecho «superior» a la intimidad familiar¹². Debido a esto, muchas ofertas de trabajo por parte de las familias empleadoras se llevan a cabo con la condición de no firmar un contrato de trabajo formalizado y no cotizar a la Seguridad Social.

Las mujeres españolas o las inmigrantes con papeles rehuyen sistemáticamente trabajar como «internas» en tales condiciones mientras sí aceptan —sobre todo las inmigrantes— emplearse como interinas (de 6 a 10 horas diarias) o por horas sueltas. Pero la población inmigrante sin papeles acepta esos empleos que, además, tienen algunas ventajas añadidas para ellas, como disponer inmediatamente de una vivienda (en la casa de la familia empleadora) y una notable capacidad de ahorro con el que saldar las deudas contraídas al viajar a España y poder enviar remesas a su país.

Sin embargo, como veremos en los puntos siguientes, la dureza de trabajar como «internas» hace que pronto traten de abandonar esa forma de empleo y pasen a trabajar como «externas» o como asalariadas en otras ocupaciones (empresas de Servicios de Ayuda a Domicilio, limpiezas, hostelería, etc.). El punto de inflexión para este cambio inicial de actividad es el momento en que obtienen la documentación para residir en España legalmente. En opinión de nuestros informantes, y salvo casos excepcionales, se registra una elevada movilidad laboral en el sector de atención a personas mayores, en lo que influyen los siguientes factores:

- Deseo de mejorar las condiciones de trabajo y de remuneración.
- Insatisfacción de las empleadas internas por la reclusión en el hogar y por la falta de libertad y de relaciones sociales que ello implica.
- Frecuentes bajas laborales debidas a la muerte de la persona mayor, o a que son llevados a una residencia, etc.
- En general, parece que se produce una lenta pero continua movilidad, de tipo ascendente, que va desde el trabajo como «internas» a emplearse como «externas» (interinas o por horas) y después ocuparse como asalariadas en diversas ramas, hasta lograr el tipo de empleo que se corresponda mejor con su formación y sus expectativas.

FORMAS DE CONTRATO Y SEGURIDAD SOCIAL

La opinión más generalizada en las bolsas de empleo y ONG visitadas es que las mujeres inmigrantes que trabajan con ancianos en sus domicilios lo hacen mayoritariamente como internas y que no cotizan a la Seguridad Social. En particular, la mediadora intercultural del distrito de Villaverde estima que sólo una de cada cinco tiene Seguridad Social y la responsable de la Bolsa de Empleo del Ayuntamiento de Alcobendas cree que son «poquísimas» las trabajadoras extranjeras empleadas en hogares de personas mayores que coticen a la Seguridad Social.

Sin embargo, en opinión de otros informantes, la irregularidad es propia de las primeras etapas de la inmigración pero, a medida que pasan los años, uno de los objetivos principales es obtener la regularidad y, por tanto, cotizar a la Seguridad Social. En este sentido, es posible que la proporción de inmigran-

¹² Sobre la historia y la regulación del servicio doméstico (antigua servidumbre), ver COLECTIVO IOÉ, *Mujer, inmigración y trabajo*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2001, págs. 129-199.

tes cotizantes en empleos domésticos sea bastante mayor que la reflejada por los informantes de bolsas de empleo y ONG cuya relación con dichas personas tiene lugar, sobre todo, en la primera etapa migratoria (cuando la irregularidad es mayoritaria).

En cuanto a las personas cotizantes, existen dos modalidades: la más habitual es acogerse al régimen especial del servicio doméstico (121 euros/mes en 2003) y la menos frecuente acogerse al régimen general de la Seguridad Social, con una cotización mucho más alta pero con unas prestaciones también mayores. Este último caso sólo se da cuando la empleada es asalariada de empresas o cooperativas de servicios de ayuda a domicilio, que no son el principal objeto del presente estudio.

TAREAS REALIZADAS. INTENSIDAD DEL TRABAJO

Las tareas realizadas en las casas son muy variadas, dependiendo de cada caso. En general, se llevan a cabo tareas domésticas (barrer, fregar, planchar, cocinar, servir la mesa, hacer compras, etc.) y cuidados personales a la persona mayor (limpiarla y asearla, darle de comer, acompañarla a pasear, escucharla y charlar con ella, darle las medicinas, etc.). A veces se gestiona el conjunto de necesidades del hogar, incluso los gastos habituales de la casa, para lo que la empleada dispone de una cantidad de dinero mensual que al final tiene que justificar con las correspondientes facturas y notas de compra.

La opinión más general de nuestros informantes es que las empleadas inmigrantes trabajan muchas horas. Las internas no sólo hacen las estipuladas por contrato sino que están disponibles para trabajar incluso por las noches y a veces en los fines de semana: «El problema es de sobreexplotación por la acumulación de tareas domésticas y de atención a la persona mayor». En cuanto a las externas y por horas, «trabajan en muchas casas para amasar el dinero que necesitan»..., «están siempre corriendo de casa en casa». Incluso muchas de las que trabajan en grandes empresas de Servicio de Ayuda a Domicilio conjugan su jornada en la empresa (normalmente inferior a 35 horas semanales) con trabajos por horas a título particular en las mismas o en otras a las que tienen acceso.

A la amplitud del horario se añaden con frecuencia otros factores que hacen especialmente dura esta ocupación. Entre esos factores se señalan los siguientes:

- Exceso de tareas: por ejemplo, atender a una persona mayor dependiente y, a la vez, tener que llevar la casa y, en ocasiones, a los niños pequeños.
- Algunas personas mayores requieren movilizaciones frecuentes que suponen con frecuencia una carga excesiva para la cuidadora, sin disponer del equipamiento adecuado para hacer más fácil el acceso a la calle, al baño o a la cama, etc.
- Casos de demencia senil y Alzheimer. Hay empleadas a quienes les repercute en su salud —física y psíquica— hasta el punto de «marchitarse en ese trabajo».
- Personas mayores a veces duras y que maltratan de palabra a la empleada si consideran que ha fallado en algo. Si la familia observa un desliz, lo achaca inmediatamente a que es inmigrante.
- En los casos en que la persona mayor no duerme bien o tiene alteraciones nocturnas, la empleada tiene que «dormir alerta», lo que produce un estrés especial, que se acentúa si se siente responsable de los problemas de salud que afectan al mayor.

SALARIOS Y OTRAS PRESTACIONES

Una de las valoraciones más generales de nuestras entrevistas es que los cuidados a personas mayores en su domicilio están muy mal pagados. Es más, el salario que se paga por una «interna» ha disminuido en los últimos años, pasando de unos 720 euros/mes de media a unos 600. En opinión de otros informantes, el precio de las «internas» se ha mantenido estabilizado entre 600 y 660 euros/mes. En las bolsas de empleo y servicios de orientación de las ONG no se determinan los precios pero sí suelen hacer recomendaciones. Así, en Leganés se aconseja a las familias, como precio orientativo, pagar 720 euros por una interna, 600 por una externa (35 horas semanales) y entre 7 y 9 euros/hora por las trabajadoras «por horas». En Moncloa-Aravaca aconsejan no pagar por debajo de 500 si se quiere que la empleada se mantenga en el servicio. En Alcobendas los precios de referencia de una «interna» se sitúan entre 500 y 600 euros, aunque hay familias de La Moraleja que sólo pagan 420. Estos apuntes en relación al nivel de los salarios parecen indicar que el nivel salarial no es correlativo al nivel económico de las familias empleadoras sino más bien al contrario: en las áreas de mayor estatus (Moncloa-Aravaca y Alcobendas-La Moraleja) las retribuciones son incluso menores que en los barrios populares o en la zona Sur (Tetuán, Villaverde, Leganés).

Para explicar la tendencia a la baja de los salarios en el sector (si mantienen el valor nominal, también pierden poder adquisitivo), el principal argumento utilizado es que la demanda de empleo ha aumentado mucho por la llegada de nuevos inmigrantes. El mercado de trabajo se ha saturado, principalmente por la llegada «masiva» de mujeres latinoamericanas a la Comunidad de Madrid. Esto puede explicar que en esta comunidad se pague menos que en otras provincias por trabajar en este sector laboral. Por otra parte, las restricciones puestas a la regularización impiden que muchas personas puedan pasar a ocuparse en otros empleos, donde se exige tener la documentación en regla.

El tema de los costes es frecuentemente esgrimido por los representantes de empresas que trabajan con mayores como una de las causas por las que no pueden competir con las empleadas autónomas o particulares. El coste por hora de atención a la persona anciana es más o menos el doble en un caso que en otro (12/6 euros de media aproximadamente). Sin embargo, resulta sorprendente que la opinión de las trabajadoras de las grandes empresas sea justamente la contraria: que ellas ganan bastante menos por hora que las empleadas particulares (2 ó 3 euros netos menos por hora). La explicación de esta aparente contradicción es que en los costes de las empresas tienen que incluir los pagos correspondientes al régimen general la Seguridad Social (mucho más altos que los del régimen de empleados de hogar, caso de estar dados de alta), los costes de amortización e inversión de las empresas y los beneficios de los accionistas (si son sociedades anónimas). Resulta expresivo en este sentido un cuadro colocado en el vestíbulo de la sede central de la empresa QUAVITAE titulado «Nuestra misión» y cuyo cuarto objetivo reza así: «Aportar rentabilidad, productividad y cuota de mercado a nuestros accionistas».

En relación con la remuneración, algunos informantes señalan que no se reconocen y valoran las titulaciones de muchas mujeres inmigrantes, a veces muy cualificadas para atender a personas mayores (enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares de geriatría, etc.). Se trata en este caso de auténticas profesionales a quienes no se paga su grado de cualificación para llevar a cabo el servicio que realizan.

CONFLICTOS LABORALES. PAPEL DE LOS SINDICATOS

Entre los conflictos más frecuentes entre la cuidadora y la familia del mayor atendido, destaca el relacionado con la remuneración y el pago de la Seguridad Social; en segundo lugar, aparecen los conflictos derivados del mal trato hacia la empleada y los abusos en el ritmo de trabajo; por último, desde la parte empleadora se critica la lentitud de la empleada y su falta de destreza o preparación para realizar las tareas domésticas (saber preparar comidas españolas, concepto diferente de limpieza, etc.).

Quizás el tema más sensible es el pago de la Seguridad Social, que muchas familias no quieren pagar pues supone casi 120 euros suplementarios al mes. Para la empleada, la cotización es muy importante pues de ello depende su documentación inicial o la renovación de la misma. En algunos casos, la familia transige a condición de descontarlo del sueldo pactado previamente, o pagándolo a medias con la empleada. Nuestros informantes señalan también que con cierta frecuencia las familias «prometen y no cumplen». Las discusiones entre las partes son frecuentes y «se juega con la necesidad» de la empleadora o «se regatea todo lo posible», a veces debido a que la familia pagadora tiene pocos recursos, o simplemente los hijos no quieren gastar la futura herencia que les espera. Otras veces las empleadas «trampañean en su beneficio», ocultando que trabajan en varios sitios a la vez, etc. Se relatan también casos de algunas mujeres inmigrantes que pagan la cotización a la Seguridad Social sin siquiera tener empleo, sólo para poder obtener o renovar la documentación de residencia.

Cuando se trabaja a título particular en el domicilio de una persona mayor, la sindicación prácticamente no existe y, en el caso de graves conflictos, se suele recurrir a amigos, abogados privados o a las ONG que hicieron de mediadoras en su contratación. En algunos casos excepcionales acuden también a los sindicatos, donde les informan sobre sus derechos y les apoyan (los sindicatos, al menos los grandes, exigen la afiliación previa para hacerlo sin costes). Según nuestros informantes, las empleadas que se sienten explotadas o discriminadas en su trabajo tienen miedo de reclamar ante la inspección de trabajo, por miedo a perder el puesto de trabajo y la residencia en España. Además, consideran que los jueces no les darían la razón «frente a la palabra de un español». Son pocas las que reclaman sus derechos y, cuando lo hacen, es a título individual, no como colectivo. Esta indefensión se agrava en el caso de las trabajadoras «sin papeles» que ni siquiera pueden asociarse legalmente.

Cuando se trabaja como «auxiliares de servicio a domicilio» dependiendo de una empresa, cooperativa o asociación contratadora (como EULEN, ASISPA o QUAVITAE, Fundación Tomillo, Candelita, etc.), el nivel de afiliación sindical es algo mayor y disponen de comités de empresa. En la historia del Servicio de Ayuda a Domicilio han jugado un papel importante los sindicatos, que han negociado los convenios del sector con la patronal a partir de la huelga que llevaron a cabo en 1991, que duró 38 días y que acabó en un laudo aprobado por el gobierno en 1992. El resultado fue que se comenzó a regular el sector, llegándose a varios convenios colectivos hasta el actual, que tiene duración quinquenal (2001-2005) y que plantea diversas mejoras progresivas en cuanto a horario laboral, salarios y condiciones de trabajo¹³. Hasta que se pusieron en vigor los convenios, los concursos públicos se hacían «a la baja» entre los candidatos, lo que tenía un efecto perverso para los trabajadores ya que tenían más probabilidad de ser

¹³ Ver *Convenio colectivo de ayuda a domicilio de la Comunidad Autónoma de Madrid, 2001-2005*, editado por la Federación Regional de Servicios de Madrid, Subsector de Ayuda a Domicilio, de la Unión General de Trabajadores, Madrid, 2002.

aceptados los que fueran más baratos a costa de reducir los salarios. Gracias a los convenios, todos los concursantes tienen que atenerse a las bases establecidas

1.2.4. Circunstancias que favorecen la provisión de este recurso

Todas las fuentes informativas coinciden en que, cada vez más, los cuidados a personas mayores en su domicilio se llevan a cabo por parte de trabajadores inmigrantes (mayoritariamente mujeres). Al plantear cuáles eran las causas que podían explicar este fenómeno, unas hacían referencia a la oferta de trabajo (familias que ofrecían un empleo para atender a una persona mayor) y otras a la demanda (personas que buscaban ese tipo de empleo).

CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA DE TRABAJO

Se trata de cubrir las necesidades de un colectivo (ancianos y ancianas que precisan algún tipo de ayuda personal) que está creciendo mucho en España: cada vez hay más proporción de personas mayores de 65 y de 75 años; y cada vez hay más personas con discapacidades y enfermedades crónicas que requieren de la ayuda de otras personas para desenvolverse en la vida diaria.

Algunos informantes matizan, no obstante, que desde la mentalidad más habitual de las personas mayores éstas son reacias a «meter» a una persona en su casa y que lo evitan mientras pueden. Con frecuencia son los hijos e hijas quienes tienen que tomar esa decisión, a veces contra el deseo de sus padres. Por otra parte, existen también muchas prevenciones y resistencias a dejar el propio hogar y pasar a vivir en una residencia, hasta el punto de que si tienen que escoger entre una residencia o ser atendidas en su casa por una cuidadora, suelen preferir esta última opción.

Otra característica de la demanda es que una gran proporción de las personas mayores dependientes tienen escasos recursos económicos. Casi todos disfrutan de alguna pensión de jubilación o viudedad, ya sea contributiva o no contributiva, pero el monto de esas pensiones es muy bajo. Esto supone que su solvencia para pagar a la cuidadora es limitada, por lo que frecuentemente recurren al apoyo de los parientes (normalmente los hijos e hijas). Las prestaciones públicas gratuitas, o de coste parcialmente subvencionado, están todas saturadas, ya se trate de residencias, centros de día o del Servicio de Ayuda a Domicilio. Este último, en particular, está creciendo su oferta en los últimos años, pero sólo cubre una banda horaria muy pequeña (promedio de cuatro horas a la semana) que no soluciona los problemas de atención de la mayoría de personas dependientes. En opinión de la responsable de la bolsa de empleo del Ayuntamiento de Alcobendas, los servicios públicos a mayores tienen una incidencia mínima por dos motivos: bajo presupuesto (los presupuestos en servicios sociales tienden a cortarse) y exigencias muy altas para percibir la prestación (estar por debajo de una línea determinada de ingresos, no contar con apoyo de parientes próximos, etc.). Sin embargo, pese a ello, se dan casos de familias que abusan del recurso de la Ayuda a Domicilio («la chacha del ayuntamiento»), ya sea porque atienden a personas mayores que no lo necesitan o porque hacen trampas al declarar los ingresos o señalar las personas que conviven con los mayores.

Al tratarse de un empleo que tradicionalmente era realizado por el «ama de casa», las familias actuales tienden a buscar cuidadores con un perfil de esas características: que sea mujer, de una edad relativa-

mente mayor, con experiencia de trabajo doméstico. Dicho de otra manera, no se busca un trabajador con un currículum profesional específico (por ejemplo, auxiliar de geriatría) sino alguien que supla las tareas domésticas y de cuidados que antes hacía el ama de casa.

Lo anterior implica también que la expectativa de quienes hacen esta oferta de trabajo es contratar a la persona adecuada de mutuo acuerdo pero sin la necesidad de que medie una regulación laboral estricta (contrato escrito, cotización de la Seguridad Social, etc.). La fórmula jurídica establecida para el empleo doméstico como una relación laboral «especial» casa como anillo al dedo con esta mentalidad: se trata de un empleo diferente, que queda fuera del Estatuto de los Trabajadores y que se mueve más en la esfera «privada» del hogar (a la que no llega la inspección de trabajo) que en el mercado de trabajo público (regulado por la legislación laboral). En consecuencia, se trata de un empleo que puede ser ocupado sin mayores problemas por personas inmigrantes que no tienen documentación y que, por tanto, sólo pueden emplearse «irregularmente» desde el punto de vista de la legislación laboral existente.

CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA (BUSCADORES DE EMPLEO)

Al margen de quién provea los cuidados que necesitan las personas mayores, hay un hecho que muchos de nuestros informantes consideran inexorable: la ayuda «informal» de los parientes, vecinos y amigos, llevada a cabo desde la reciprocidad y solidaridad familiar, tiende a debilitarse en beneficio de la ayuda «formal» de empleados externos remunerados, ya sea en el propio domicilio del mayor o en centros creados expresamente para ellos (residencias y centros de día). La causa de este cambio tiene que ver con dos factores entrelazados, uno demográfico y otro sociolaboral, que describimos brevemente:

- En el plano demográfico, el descenso de la natalidad origina que cada vez el número de hijas e hijos que pueden atender a los padres mayores son menos, de manera que las opciones de ayuda se reducen.
- En el plano sociolaboral, las mujeres —que tradicionalmente se encargaban de atender a los enfermos y ancianos en el hogar— tienden a ocuparse en el mercado de trabajo remunerado, lo mismo que los hombres, lo que a su vez disminuye su capacidad para atender a los parientes dentro del hogar.

La situación anterior da lugar a un nuevo yacimiento de empleo: los/las «cuidadores/as» a domicilio, que presentan dos modalidades: quienes se emplean a tiempo completo, supliendo totalmente (o casi) la ayuda de los parientes («internas», dentro del hogar, y residencias para personas mayores; y quienes se emplean a tiempo parcial (interinas y por horas, dentro del hogar, y centros de día) que cubren parcialmente la ayuda de los parientes.

Una parte de los recursos que han salido al paso de este nuevo yacimiento de empleo son de titularidad pública pero, como ya hemos señalado varias veces, se caracterizan por su limitada incidencia en relación a las necesidades existentes: las residencias y los centros de día (públicos o concertados) son muy pocos y están saturados; los servicios de ayuda a domicilio han ampliado su cobertura en los últimos años pero la banda horaria que cubren es muy estrecha y, además, no son universales sino que se dirigen a las familias por debajo de un cierto umbral de recursos. En consecuencia, gran parte de la población tiene que recurrir al mercado privado, ya sea regular o sumergido:

- En el mercado regular, a su vez, hay dos vías para proveer cuidados a las personas mayores: en el marco de una empresa, cooperativa o asociación prestadora de servicios, en cuyo caso las personas asalariadas tienen que cotizar al régimen general de la Seguridad Social; o a nivel particular o autónomo, en cuyo caso la relación laboral con la familia empleadora se rige en la mayoría de los casos por el real decreto del Servicio Doméstico, en cuyo caso las personas contratadas tienen que cotizar en el régimen especial de empleados de hogar, ya sea como asalariadas de la familia que les contrata o como autónomas (trabajadoras «por horas»). Entre estas dos vías de provisión de cuidados, el coste global del servicio es mucho mayor en el primer caso, pues tiene que incluir los gastos en infraestructura, el eventual margen de beneficio empresarial y las cotizaciones más elevadas del régimen general; en consecuencia, sólo pueden competir con los trabajadores «particulares» cuando tales servicios están subvencionados (caso del Servicio Municipal de Ayuda a Domicilio, presente en los tres municipios estudiados de la Comunidad de Madrid) o bien cuando se trata de recursos que no pueden proveer individuos particulares (como una residencia o un centro de día).
- En el mercado irregular o sumergido es muy difícil que se provean servicios desde empresas, cooperativas o asociaciones, ya que estas instituciones están sometidas a un control más o menos estricto de la inspección laboral (no obstante, sí parece que se producen tiempos de trabajo «extra» no cubiertos por el contrato de trabajo y que, propiamente, son trabajo sumergido). Por el contrario, el empleo sumergido es muy frecuente —según la mayoría de nuestros informantes— en el sector de cuidadores y cuidadoras particulares que contratan individualmente su ayuda a la persona mayor.

Evidentemente esta última forma de empleo sumergido a título particular es el que sale más barato para la familia contratadora y, en esa medida, resulta el más competitivo. Sin embargo, tiene en su contra que se trata de un empleo al margen de la legislación laboral y, en consecuencia, con el riesgo de implicar una penalización¹⁴, aparte del problema ético que puede suponer el actuar en contra de las leyes. Pero estas objeciones no parecen ser hoy por hoy una barrera importante para que muchas familias de la Comunidad de Madrid contraten este servicio sin cotizar a la Seguridad Social y, por tanto, de manera sumergida. El que esta situación esté tan generalizada, a pesar de que «rompa» el mercado potencial de las empresas de servicios que trabajan en el sector, puede explicarse a partir de varias circunstancias a las que ya hemos aludido y que resumimos brevemente:

- La falta de inspección laboral en el interior de los hogares, supuestamente porque tal inspección atentaría contra el derecho «superior» de la intimidad familiar.
- La costumbre, que hace la vista gorda a la posibilidad de que las partes implicadas (empleado y empleador) puedan ponerse de acuerdo sin mediar una relación laboral, como una continuación de la lógica «informal» que prima entre los parientes.
- El carácter «especial» de la regulación del «servicio doméstico» que no exige contrato «escrito» y excluye muchos derechos generales contemplados en el Estatuto de los Trabajadores. Esta parquedad de derechos (como no acceder nunca a la estabilidad en el empleo o al derecho a prestaciones de desempleo, etc.) vuelve menos atractiva la cotización a la Seguridad Social.

¹⁴ Ya hemos aludido a que en casos que parecen excepcionales la Administración ha impuesto multas importantes a empleadores que contrataban a inmigrantes indocumentados para el servicio doméstico o de cuidados en el hogar.

- La escasez de recursos económicos de una parte de las familias (la mayoría de las pensiones son bastante bajas) y el interés de hijos e hijas para no gastar más de lo que sea necesario (en previsión de la herencia) hace que se busquen todas las fórmulas posibles para reducir el coste del servicio y, en particular, no pagar la cotización a la Seguridad Social. En este sentido, el que esto sea una práctica generalizada parece dar «patente de corso» a los defraudadores.
- La existencia de un amplio colectivo de población inmigrante que no tiene documentación para residir en España cierra el círculo entre la oferta —que quiere/puede pagar poco— y la demanda —que legalmente no puede cotizar—, dando lugar a una notable bolsa de economía sumergida que, aunque sea paradójicamente, parece beneficiar a las dos partes implicadas.
- La política de inmigración aplicada en España desde mediados de 2001, que no proporciona documentación a los inmigrantes que lo reclaman y que ya viven en España, hace que el segmento de cuidadores de personas mayores sin derechos laborales haya aumentado en estos dos últimos años, con unos salarios cada vez más bajos y peores condiciones de trabajo (en especial, en el caso de las «internas por necesidad», «embalsadas» en situaciones de sobreexplotación como efecto de unas leyes que impiden o dificultan gravemente la documentación de los trabajadores, la reagrupación familiar o la posibilidad de competir por empleos más dignos).

1.2.5. Resultados. Grado de satisfacción de las partes implicadas

Una forma de valorar el resultado que está ofreciendo el recurso de las personas inmigrantes que atienden en sus domicilios a la población de personas mayores dependiente es saber el grado de satisfacción o insatisfacción que manifiestan ambas partes.

GRADO DE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN POR PARTE DE LA PERSONA ATENDIDA

La opinión generalizada de nuestros informantes es que las personas atendidas y sus familias están satisfechas por el trabajo desarrollado por los/las cuidadores inmigrantes. En el caso de empresas de Ayuda a Domicilio, se ha cuantificado esa satisfacción que llega al 95% en ASISPA (encuesta aplicada en 2002) y a 9,5 sobre 10 puntos en el caso de la Fundación Tomillo (entrevista al gerente del Servicio a Mayores). Desde los sindicatos se destaca el dato de que prácticamente no existen quejas por parte de las familias empleadoras (sí, en cambio, por parte de las empleadas).

Lo que más se valora de las mujeres inmigrantes es «el cariño que les dan», una cualidad que se destaca de manera especial entre las latinoamericanas. Este «cariño» implica «mimos», «atención personal», «prestar atención y dar conversación a la persona mayor», «hacerse amigos», etc., y tiene unos efectos muy positivos para las personas ancianas hasta el punto de contribuir a «quitarles la depresión. Los ancianos responden a esa amabilidad con detalles, como solicitar a la familia que se pague la Seguridad Social de la empleada o en algún caso contribuir a pagarles el viaje de vacaciones a su país de origen.

El único problema manifestado por parte de las personas mayores es que inicialmente suelen tener prevención y desconfianza hacia las cuidadoras, sobre todo si presentan diferencias étnicas o culturales importantes. Se alude a la mala imagen que tienen los inmigrantes en los medios de comunicación

social, que a veces los identifican con «delincuentes», contribuyendo a reforzar los prejuicios de la población española. De ahí que las familias que contratan los servicios de una inmigrante necesiten previamente informes o personas mediadoras que les garanticen su honestidad e idoneidad. Sin embargo, una vez que se pasa la primera etapa de convivencia lo más habitual es que los prejuicios se superen.

Un sector menor de familias atendidas muestra también diversas quejas en torno a los cuidadores y cuidadoras inmigrantes, como no cumplir bien con las tareas que se les ha encomendado, su lentitud, su desconocimiento de los menús españoles y su concepto de limpieza que no coincide a veces con el «nuestro».

GRADO DE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN POR PARTE DE LA INMIGRANTE-CUIDADORA

La respuesta más general a este punto es que tienen una satisfacción «relativa»: están bien en el plano afectivo pero insatisfechas o muy insatisfechas en lo laboral. Al tratarse de un trabajo duro (muchas horas, ocupaciones desagradables como curar llagas, cambiar pañales, hacer movilizaciones pesadas, aguantar a las personas mayores intolerantes o de mal carácter, etc.), no se sienten recompensadas ni en el salario ni en las condiciones laborales ni en el reconocimiento y promoción profesional. La escasez de ingresos netos que perciben es una queja generalizada, tanto en los empleos particulares como en el servicio de ayuda a domicilio a través de empresas. De manera más esporádica aparecen quejas en torno a determinados abusos como no querer pagar la Seguridad Social, no respetar el horario laboral pactado, tratar con poco respeto a la empleada, etc. Asimismo se quejan de la falta de formación y promoción en el empleo, de manera que se valore la experiencia y puedan pasar poco a poco a ocupar puestos más cualificados.

Mención especial merece el caso de las «internas», ya que a los factores anteriores hay que añadir la soledad y aislamiento en el empleo, y la casi total disponibilidad a la persona atendida (que requiere a veces acompañamiento de 24 horas). Suele ser en estos casos más extremos cuando se habla de «trabajos esclavizantes», «casos sangrantes», «que marchitan a la empleada», etc. Sin embargo, hemos encontrado también manifestaciones de reconocimiento y satisfacción en su trabajo como «internas» por parte de aquellas mujeres que han venido solas y se encuentran en la primera etapa del proceso migratorio, con necesidad de ahorrar y de no tener que pagar una vivienda, que está tan cara en Madrid. Pero, pasada esta primera etapa (que varía según los casos), la mayoría desea dejar el trabajo como «internas», lo que se hace prácticamente obligado cuando se logra la reunificación familiar.

Según nuestros informantes las inmigrantes cuidadoras tratan de pasar de «internas» a «externas» para acceder después a otras ocupaciones con condiciones de trabajo más normalizadas y donde se cotiza al régimen general de la Seguridad Social. Ello puede ser en el mismo tipo de actividad (Servicio de Ayuda a Domicilio) o en otros como la hostelería, las empresas de limpiezas, el comercio, trabajos administrativos, etc. Se valora en tales casos el respaldo de la empresa, las prestaciones más amplias del régimen general de la Seguridad social y, a la larga, la estabilidad y promoción en el empleo.

Por último, conviene recoger la opinión evasiva de algunas personas entrevistadas en el sentido de achacar el grado de satisfacción de las trabajadoras a factores subjetivos como la actitud o el tipo de personalidad de la empleada. En este sentido, llama la atención la opinión de un representante sindical

que «presupone» que si realizan ese empleo es «porque les gusta» o «porque es de las ocupaciones poco cualificadas características de la inmigración, como las limpiadoras o las grabadoras de datos».

1.2.6. Perspectivas del sector. Propuestas para la política de personas mayores

A partir de la opinión de las cuarenta entrevistas realizadas, podemos distinguir entre propuestas generales, en las que coincide la inmensa mayoría, y propuestas específicas, que dependen del lugar o posición de las personas entrevistadas. Las propuestas generales son básicamente las cuatro siguientes:

- *Sensibilizar a la opinión pública sobre la importancia de proporcionar «buenos cuidados» a las personas mayores*, superando la mentalidad actual que considera ese trabajo como algo que puede hacer «cualquier mujer», sin cualificación específica y al margen de la regulación laboral. Este punto se considera la condición *sine qua non* para poder avanzar en una mejora de las condiciones laborales del sector. En los programas de algunas administraciones (Ayuntamiento de Alcobendas) y asociaciones (Proyecto SOJALI, de la Asociación de Vecinos de San Fermín) se desarrollan actividades concretas encaminadas a sensibilizar a la opinión pública y superar los prejuicios que puede tener la población en torno a los cuidados prestados por extranjeros a personas mayores.
- Como consecuencia de lo anterior, *el trabajo con personas mayores debe profesionalizarse* y, para ello, es preciso que se distinga netamente entre el auxiliar de geriatría y el servicio doméstico, entendido éste como tareas «menajeras» del hogar, aun cuando aquél pueda implicar algunas de estas tareas (en el caso de que representen una limitación de la persona anciana que ni ella ni sus parientes próximos pueden cubrir). Ya existen bastantes indicios que apuntan en esta dirección, en la medida que hay cada vez más cursos especializados para atender a mayores dependientes (sobre todo en algunas dependencias, como el Alzheimer). Además, las propias personas mayores son cada vez más formadas y exigentes, por lo que tenderán a solicitar cuidadores con un perfil profesional.
- En tercer lugar, el decreto-ley que regula el servicio doméstico debe ser abolido como cobertura jurídica de los cuidadores de personas mayores, ya que es ambiguo, injusto y se presta a muchos abusos. Se solicita una regulación de la actividad que la «normalice» en relación a otras ocupaciones del sector servicios para lo que sería preciso, entre otras cosas, un régimen de Seguridad Social que homologue tanto las prestaciones como las cuotas de todas ellas.
- Por último, se reclama del sector público una atención y una cobertura económica sustancialmente mayor para atender a las personas mayores, a fin de compensar a las familias con bajas rentas que no pueden financiar los elevados costes que representa —o debería representar— el trabajo de cuidar a la población de personas mayores dependiente. Ello implicaría, por una parte, mejorar y ampliar los recursos y prestaciones de iniciativa municipal, y/o proporcionar subvenciones adecuadas (en metálico o en cheques-bono) a las familias que necesiten recurrir a los cuidados de un empleado externo. Las fórmulas pueden ser diversas, pero lo que está claro es que muchas familias —con escasa renta y bajas pensiones— no pueden acceder a lo que se considera, cada vez más, un derecho de todos los ciudadanos a una atención digna en la etapa de ancianidad dependiente.

Las propuestas específicas varían según sea la posición social de los hablantes. Podemos distinguir los siguientes grupos de opinión:

- *Administración municipal*: los responsables de la política de personas mayores están satisfechos de la tendencia actual: incrementar la cobertura del Servicio de Ayuda a Domicilio, la teleasistencia, los centros de día y las residencias. Para ello plantean aumentar las partidas presupuestarias. En relación a las empleadas inmigrantes, consideran que la actual política de restringir al máximo la concesión de «papeles» a quienes no tienen documentación priva a las empresas contratistas de buenas profesionales que se encuentran ahora en la economía sumergida, por lo que plantean que sería conveniente facilitar su regularización.
- *Grandes empresas con ánimo de lucro*, como EULEN o QUAVITAE: están en contra del actual sistema de atención domiciliaria a la población de personas mayores dependientes, tanto en el caso de los empleos legales como de los sumergidos:
 - Los empleos sumergidos –donde incluyen a la mayoría de las inmigrantes que atienden por su cuenta a personas mayores– no tienen formación y están al margen de la legislación y la protección laboral pero, además, rompen las leyes del mercado ya que con ellas no se puede competir a causa de su bajo precio (6-7 euros por hora, frente a 10-12 euros en los empleos acogidos al régimen general de la Seguridad Social).
 - Los empleos legales acogidos al real decreto del Servicio Doméstico son también criticados, en primer lugar por rebajar el nivel profesional del «auxiliar de geriatría» y en segundo lugar porque debido a su baja cotización a la Seguridad Social impiden también competir a las grandes empresas del sector que están obligadas a pagar las cuotas mucho más elevadas del régimen general.
- En las anteriores circunstancias, las grandes empresas sólo pueden competir en el sector del servicio a domicilio si disfrutan de subvención municipal, tal como ocurre actualmente. Pero esta subvención tiene muchas trampas, entre ellas las siguientes:
 - El método de subrogación de los trabajadores, que impide a éstos identificarse con la empresa de turno y a ésta fomentar la formación de sus trabajadores (que en breve plazo pueden dejar de ser suyos).
 - Los ayuntamientos, que tratan de rentabilizar en términos de imagen su apoyo a las personas mayores, se encuentran presionados continuamente por los sindicatos, que exigen más salario sin que ello repercuta en un perfil más profesionalizado de los trabajadores.
 - Las propias empresas, cuya iniciativa se encuentra frenada por los Ayuntamientos, que homogeneizan el servicio «a la baja» y los sindicatos que presionan sobre los salarios y las condiciones de trabajo a cambio de nada.

En base a estos análisis, la propuesta de las grandes empresas es liberalizar el servicio, privatizando los servicios que actualmente gestiona la administración, pero a la vez establecer un seguro universal («seguro de dependencia») que permita a todas las personas mayores (o al menos a quienes tienen rentas bajas) gozar de unos servicios mínimos de atención en el libre mercado mediante un bono-cheque otorgado por la administración. La persona mayor o sus familiares pueden complementar ese bono-cheque con otros ingresos y escoger la empresa de servicios que mejor le parezca. Esto favorecería la competitividad entre las empresas y la libertad de los usuarios para escoger entre diversas opciones.

- *Las Cooperativas y Asociaciones de Servicios*, como Candelita o la Fundación Tomillo, piensan que el Estado debería favorecer a las pequeñas empresas, frente a las grandes, ya que su vocación principal

es proporcionar una atención desinteresada a quienes más lo necesitan y, eventualmente, insertar mediante el empleo a personas con problemas. Una forma de ayuda sería concederles más contrataciones municipales (en la ciudad de Madrid están reservadas a cuatro grandes empresas) o desarrollar el decreto de 13 de marzo de 2003 que regula las ayudas y exenciones fiscales para las *Empresas de Promoción e Inserción Laboral*, etc.

- *Los servicios de información y mediación laboral de Asociaciones de Inmigrantes* (VOMADE, Madrid Puerta Abierta...), ONG (CEAR, APROSERS, ALMASI, SOJALI...) o *dependientes de instituciones religiosas* (SOIE, ADRA, Oblatas, etc.) plantean, como primer y principal problema a resolver, la falta de documentación de las trabajadoras inmigrantes. Consideran que no existen personas dispuestas en el mercado de trabajo español para emplearse como «internas» y que, por ello, es preciso contar con las inmigrantes, pero como muchas de ellas no tienen papeles no pueden contratarse regularmente. Esto vuelve a los mediadores cómplices de una situación de ilegalidad, cuando se trata precisamente de personas que están haciendo un gran servicio a las personas mayores: «Yo soy consciente de que estoy mediando en algo que es ilegal, no hay oferta de mano de obra española pero no se da salida a la oferta de mano de obra existente que es la de las inmigrantes sin papeles» (responsable de la Bolsa de Empleo de CEAR). En segundo lugar, estas organizaciones piden a la Administración que facilite ayudas económicas a los particulares que quieran contratar a un cuidador o cuidadora, de manera que no canalice sólo las ayudas a través del Servicio de Ayuda a Domicilio (al que critican de insuficiente: «En cuatro horas a la semana sólo pueden hacer cuatro cosas, no resuelven los problemas de las personas mayores dependientes» (mediadora intercultural de Villaverde). En tercer lugar, ante el «desbordamiento» del número de inmigrantes que buscan empleo, plantean a las familias inmigrantes que «tienen que aprender a planificar las venidas a España y asegurarse de que van a encontrar unas condiciones mínimas» (SOIE de Tetuán).
- Los sindicatos, que sólo están presentes en las empresas grandes que trabajan en el Servicio de Ayuda a Domicilio, plantean propuestas en varias direcciones. En primer lugar, insisten en la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo del sector, para lo que es necesario profesionalizarlo y sensibilizar a la opinión pública sobre su importancia. En segundo lugar, creen que hay que agradecer la aportación de las mujeres extranjeras que, gracias a su trabajo en los hogares españoles, están posibilitando que las mujeres españolas «se liberen» de las cargas domésticas y puedan trabajar fuera de casa. Por otra parte, la afluencia de inmigrantes de los últimos años no es positiva para el sector, porque contribuye a que bajen los salarios (demanda de trabajo excesiva para la oferta existente).
- Las mujeres inmigrantes que trabajan en el sector reclaman, en primer lugar, mayor remuneración y mayor profesionalización. «Tal como está actualmente, es insostenible a medio plazo, porque sólo beneficia a los españoles y sólo perjudica a los inmigrantes» (Madrid Puerta Abierta, de Alcobendas). En esta misma línea, se solicita que el gobierno declare el empleo con personas mayores en sus domicilios como «sector preferente» con vistas a facilitar la regularización de las personas que ahora trabajan sin papeles. Otra reclamación es que se mejore la cobertura de Seguridad Social, actualmente enmarcada en el decreto del Servicio Doméstico. Una aspiración que parece poco probable, en opinión de una inmigrante entrevistada: «Soy pesimista ante el futuro. El Decreto del Servicio Doméstico no cambiará: las inmigrantes seguirán siendo "siervas" legales» (mediadora intercultural de Moncloa-Aravaca).

2. LA VISIÓN DE LOS ACTORES

2.1. LOS CUIDADORES

Recogemos aquí el análisis de las veinte entrevistas realizadas en la Comunidad de Madrid a inmigrantes cuidadores de personas mayores dependientes en sus domicilios. Las entrevistas corresponden al espacio de la Comunidad de Madrid y se refieren a las cinco áreas geográficas en las que hemos concentrado el trabajo de campo. Las personas entrevistadas se han escogido con el criterio de que, desde distintos ángulos, presentaran la diversidad detectada de situaciones de empleo en el cuidado a personas mayores dependientes: modalidad de atención (interna, externa y por horas), sexos, grupos de edad predominantes, situación familiar (solteras y casadas, reagrupadas familiarmente y sin grupo familiar en Madrid), nacionalidades (latinoamericanas, mayormente, y de Filipinas, Marruecos y países del este de Europa) que, a su vez, fueran conocedoras del sector de empleo que es objeto de la presente investigación.

CUADRO 1

Entrevistas a cuidadores en la Comunidad de Madrid

N.º entrevista	Sexo	Edad	Nacionalidad	Modalidad de atención	Regularidad
TETUÁN					
EC-1	M	33	Perú	Interna	Sí
EC-2	M	46	Ecuador	Por horas (domingos)	Sí
EC-3	M	36	Ecuador	Por horas (domingos)	No
EC-4	M	31	Ecuador	Interna	Sí
MONCLOA- ARAVACA					
EC-5	M	50	Filipinas	Interna	Sí
EC-6	M	58	Rep. Dominicana	Interna	Nacionalizada
EC-7	V	66	Rep. Dominicana	Externa y por horas	Nacionalizada
EC-8	M	42	Cuba	Interna (semi)	Sí (trám. Nacional)
VILLAVERDE					
EC-9	M	55	Ecuador	Externa	Sí
EC-10	V	45	Ecuador	Interno	No
EC-11	M	45	Ecuador	Interna/externa	Sí
EC-12	M	36	Bolivia	Por horas	No (en trámite)
ALCOBENDAS					
EC-13	M	28	Colombia	Por horas	Sí, estudiante
EC-14	M	32	Perú	Interna (semi)	No
EC-15	V	24	Ecuador	Externo	Sí
EC-16	M	58	Colombia	Interna	No
LEGANÉS					
EC17	M	39	Perú	Por horas/externa (SAD)	Sí
EC18	M	44	Ecuador	Por horas/residencia	Sí
EC19	M	42	Marruecos	Interna	Sí
EC20	M	65	Ucrania	Por horas	No

Las entrevistas se aplicaron entre los meses de octubre y noviembre de 2003 por un equipo especializado, integrado por Martha Elena Acosta, Marcela Ulloa y Miguel Ángel de Prada, en base al guión homogéneo establecido para los diversos territorios en los que se está aplicando la investigación.

2.1.1. El cuidado de mayores dependientes por trabajadores inmigrantes: punto de cruce de la trayectoria laboral y el proyecto migratorio

Las veinte personas inmigrantes entrevistadas en la Comunidad de Madrid se han desempeñado en algún momento como cuidadores de personas mayores con necesidades de atención residentes en la Comunidad de Madrid. Esta es la característica común a todas ellas. Por lo demás se trata de personas procedentes de diversos orígenes geográficos (de cuatro países latinoamericanos: Ecuador, Colombia, Perú y República Dominicana; de Filipinas, Marruecos y Europa del Este: Ucrania.); son mayoritariamente mujeres, aunque están presentes tres hombres; su desempeño en el cuidado de mayores abarca múltiples modalidades (internas, externas, por horas y diversas combinaciones) y, finalmente, presentan diversas opciones ante el futuro de permanecer en el sector o dirigirse a otro, independientemente de tener o no cualificación en el mismo.

El *trabajo de cuidado de personas mayores* supone un momento, generalmente puntual, entre otros, de lo que podemos denominar la *trayectoria laboral o profesional* de estas personas inmigrantes, que han llegado a la Comunidad de Madrid con un *proyecto migratorio* determinado. Desde este enfoque se nos ofrecen dos perspectivas o posibilidades de lectura del trabajo de cuidado de mayores con necesidades de atención por parte de personas inmigrantes, según el esquema siguiente:

- La perspectiva sincrónica. Si centramos la atención en el momento puntual del trabajo desempeñado en el cuidado de personas mayores, aparecen, sobre todo, las diversas modalidades en que éste se realiza (interna, externa o por horas, tal como veremos en el apartado siguiente) y la relación del mismo con el resto de la extensa panoplia de recursos que las familias movilizan para la atención a los mayores con necesidades. Trabajar como cuidadora o cuidador de personas mayores supone, pues, por una parte convertirse en (o continuar siendo) *trabajador asalariado* para la atención personal de mayores y, por otra, ser considerado *un recurso de atención* junto a otros muchos para cubrir las necesidades de dicha atención personal. En cualquiera de ambas perspectivas se trata de la consideración de un segmento entre otros (un empleo entre otros en la trayectoria laboral; un recurso de atención entre otros) en un momento dado, privilegiando las circunstancias del presente (ahora/aquí). Considerarlo aisladamente es posible analíticamente pero supone realizar un corte y dejar temporalmente en suspenso las dinámicas de la trayectoria laboral previa y/o posterior, desde el punto de vista de la persona inmigrante trabajadora, y la incidencia del resto de los recursos de atención a mayores, desde el punto de vista de las familias.
- Perspectiva diacrónica. Si, por el contrario, nos situamos en un plano más general privilegiando la perspectiva diacrónica, aparece en primer lugar y en toda su relevancia la *trayectoria laboral* de la persona cuidadora, en la que el momento de trabajo como cuidador o cuidadora de mayores suele suponer un corte con la *experiencia* laboral previa obtenida en el país de origen. La entrada en ese sector, por su parte, suele dar lugar a nuevas posibilidades de empleo o supone simplemente un tra-

bajo de paso hasta conseguir situarse en «lo propio». En segundo lugar aparece la incidencia del *proyecto migratorio*, en el que el *tiempo* de presencia en la Comunidad de Madrid va a permitir explicar la disponibilidad de redes de intermediación e inserción laboral formales e informales a disposición de las personas migrantes, y en el que las expectativas o, en su caso, realidades de la reagrupación familiar y el retorno al país de origen (asentamiento en Madrid o circularidad migratoria) permitirán establecer el factor de estabilidad o volatilidad de este recurso para la atención de personas mayores dependientes.

El proyecto migratorio individual y familiar puede determinar el cese de actividades en el cuidado de mayores aquí para continuarlo allí, aprovechando la cualificación y la experiencia obtenidas; puede implicar el paso de la modalidad de interna a la de externa o por horas cuando se produce la reagrupación familiar y la atención laboral a las personas mayores se tiene que combinar con la atención al grupo familiar aquí; y puede permitir el paso a otros sectores de actividad para los que se cuenta con formación y experiencia previas. En suma, en el proyecto migratorio termina imponiéndose también la relevancia del *espacio vital*: aparecen el *aquí* y el *allí*, conjugados de modo armónico o contradictorio desde las expectativas que el tiempo a largo o a corto plazo marca en el proyecto migratorio (el retorno o el asentamiento).

CUADRO 2

Perspectivas en el análisis del trabajo de cuidado a personas mayores por inmigrantes

	Eje sincrónico		
	MOMENTO 1.º	MOMENTO 2.º	MOMENTO 3.º
	Previo	Actual en Atención a mayores	Posterior
<i>Trayectoria laboral</i>	Formación Experiencia Actividad/inactividad	Formación Experiencia Actividad/inactividad	Formación Experiencia Actividad/inactividad
		Intermediación laboral Motivación por el sector Modalidades de atención	Satisfacción Expectativas
<i>Proyecto migratorio</i>	Salida-Llegada	Acomodo	Asentamiento-Retorno
<i>Tiempo:</i>	(pasado) (presente) (futuro-expectativas)	Reagrupación	Grupo final (nuevo) familiar
<i>Espacio:</i>	Allí - Aquí Aquí	Aquí - Allí	

A continuación se exponen los resultados de las veinte entrevistas realizadas a personas inmigrantes en cuanto cuidadores de personas mayores que necesitan atención en la Comunidad de Madrid, según el esquema de estos tres momentos sincrónicos.

2.1.2. Momento previo a emplearse como cuidador de personas mayores en Madrid

La trayectoria laboral de las personas inmigrantes no tiene por qué comenzar en el momento en que comienza el empleo de atención a las personas mayores en la Comunidad de Madrid. Por definición, todo inmigrante ha realizado un traslado desde el país de origen a Madrid, en este caso; y tampoco tiene porque haber realizado su primer empleo en el cuidado a personas mayores. Así pues, nos encontramos que la trayectoria laboral ha podido comenzar en el país de origen («allí»), tanto en este sector como en cualquier otro, dependiendo de la formación previa realizada y de las oportunidades que el mismo ofrezca en cada país de origen. Pero también ha podido comenzar «aquí» en la Comunidad de Madrid en otro sector y pasar posteriormente al cuidado de personas mayores. Estas situaciones conforman el momento previo.

FORMACIÓN Y EXPERIENCIA LABORAL EN LOS PAÍSES DE ORIGEN

En el caso de las veinte personas entrevistadas vamos a reseñar la *cualificación profesional* que presentan antes de entrar a desempeñarse en el cuidado a personas mayores en Madrid y la *experiencia laboral* desarrollada, es decir, la situación en el momento previo. Según puede observarse en el Cuadro 3 *Cualificación y experiencia laboral*, del conjunto de las entrevistas realizadas se extrae un panorama bastante diversificado: por un lado, el grupo mayoritario declara estar en posesión de estudios medios y superiores completos (diez casos) o sin finalizar (un caso); del resto, el grueso no ha sobrepasado el nivel de primaria (ocho casos) y otro realizó estudios de secundaria. Si observamos con más detalle esta situación al interior de cada uno de estos dos grupos, obtenemos una situación más precisa:

a) Formación de niveles medios y superiores

En el *grupo de quienes tienen estudios medios-superiores* se encuentran ocho de las nueve nacionalidades consultadas; todas menos Marruecos. Al interno del mismo podemos distinguir entre quienes tienen cualificaciones vinculadas al sector sanitario y el resto; las primeras parecen directamente acomodadas para el trabajo de atención a personas mayores dependientes:

- Entre los que han realizado estudios medios-superiores se encuentran cuatro casos con *cualificaciones en el ámbito de la salud* (enfermería técnica, análisis de laboratorio, estudios incompletos de medicina) y uno de ellos lo está en el campo del trabajo social especializado en geriatría y discapacidades. Esto es, la quinta parte de los entrevistados que trabajan con personas mayores ha emigrado con cualificaciones profesionales específicas en el campo de la salud y la atención a mayores; pertenecen a cuatro nacionalidades diferentes (tres latinoamericanas y una de Europa del Este).
- Los siete casos restantes con estudios medios-superiores tienen *cualificaciones vinculadas al sector de la gestión de empresas* (secretariado, administración de empresas, económicas) o de servicios (publicidad, Seguros). Sólo en un caso la Cualificación profesional está en el ámbito de la educación. Proceden de seis nacionalidades (cinco latinoamericanas y Filipinas).

Todos los casos de personas con estudios medios-superiores han trabajado en sus países de origen como profesionales en el sector respectivo, excepto el caso del joven Varón ecuatoriano (EC-15) con

CUADRO 3
Cualificación y experiencia laboral

N.º entrevista	País de origen	Cualificación		Experiencia laboral	
		País de origen	Aquí	País de origen	Aquí
TETUÁN					
EC-1	Perú	Enfermería	X	Enfermería técnica	Mayores y hogares
EC-2	Ecuador	Primaria	X	Comercio, host. y S. D.	Hostelería, S. D. y niños
EC-3	Ecuador	Primaria	X	Servicio D. Comercio	Atención niños
EC-4	Ecuador	Secretariado	Curso Ayto.	Secretariado	X
MONCLOA-ARAVACA					
EC-5	Filipinas	Secretariado	X	Banca	Servicio doméstico
EC-6	R. Dominicana	Primaria	X	Servicio doméstico	Servicio doméstico
EC-7	R. Dominicana	Primaria	X	Campo	Construcción
EC-8	Cuba	C. Económicas	X	Industria	Limpiezas
VILLAVERDE					
EC-9	Ecuador	C.Educ, Psicol.	Curso Asispa	Educación	Atención niños, residencias
EC-10	Ecuador	Primaria	X	Taller mecánico	Reparto propaganda
EC-11	Ecuador	Primaria	X	Lavandera	Limpiezas restaurantes
EC-12	Bolivia	Ad. empresas	X	Administ. Empresas	Niños y S.A.D.
ALCOBENDAS					
EC-13	Colombia	T. Social	Postgrado	Intervención jubilados	Servicio doméstico
EC-14	Perú	Publicista	X	Publicista	X
EC-15	Ecuador	Bachiller	X	Banco	Carpintero, jardinero, hostel.
EC-16	Colombia	Téc. Seguros	X	Asesoría seguros	X
LEGANÉS					
EC17	Perú	Secundaria	X	Negocio familiar	Servicio doméstico y S.A.D.
EC18	Ecuador	Primaria	C. residencia	Ama de casa	X
EC19	Marruecos	Primaria	X	Trabajo hogar familiar	Servicio doméstico (doncella)
EC20	Ucrania	Análisis labor.	X	Laboratorio análisis	X

estudios incompletos de medicina que lo hizo en el sector bancario. Dependiendo de la *edad* de cada entrevistado, encontramos trayectorias laborales prolongadas o cortas; el caso más llamativo es el de una Mujer ucraniana de 65 años años (EC-20) que ha cumplido todo el ciclo laboral en su país y ha realizado el proceso migratorio a Madrid una vez que ha llegado a la jubilación: es pensionista pero el monto de la misma no cubre las necesidades familiares (la madre anciana está enferma y necesita medicinas muy caras a las que no puede acceder) por lo que necesita complementarla con un trabajo aquí. En otros casos estamos, también, ante trayectorias laborales consolidadas en los países de origen: EC-9 Mujer ecuatoriana, licenciada en Ciencias de la Educación, que ha trabajado más de quince años de maestra infantil; otras personas lo han hecho en el ámbito de la administración de empresas o el sector servicios (EC-16 Mujer colombiana de 58 años, como asesora técnica de Seguros; EC-5 Mujer cubana de 42 años, economista en empresas públicas). Por el contrario, entre los entrevistados de menor edad con estudios superiores, la experiencia laboral en el país de origen ha sido corta y el proyecto migratorio a Madrid tiene que ver con la continuación de los mismos: EC-13 Mujer joven colombiana, 28 años, trabajadora social especializada en gerontología y discapacidades que combina el trabajo con estudios de postgrado en Madrid.

b) Con estudios primarios

Si observamos el grupo de *Entrevistados con estudios de nivel primario y el caso de secundarios*, la experiencia laboral previa en los países de origen ha sido en empleos descualificados y fuertemente marcados por la adscripción de género:

- El caso de las *mujeres*, en casi todas están presentes el servicio doméstico o derivaciones del mismo (EC-11 Mujer ecuatoriana «lavandera» en casas particulares; EC-19 Mujer marroquí soltera trabajando «en el hogar paterno») junto con empleos en los sectores de limpiezas, hostelería y comercio. Sólo el caso de la Mujer peruana con estudios de Secundaria (EC-17), el empleo fue cualificado en la administración del negocio familiar.
- En el caso de los *varones*, los empleos previos han sido en la agricultura familiar (EC-7 Varón dominicano de procedencia rural) o en taller de reparaciones local (EC-10 Varón ecuatoriano).

c) Cualificación no formal y experiencia no laboral de cuidado a mayores

Además de la cualificación académica o profesional y de la experiencia laboral, en las entrevistas realizadas aparecen explícitamente cuatro manifestaciones no buscadas sobre el ámbito no formal de las mismas. Curiosamente se encuentran marcadas por la situación de género, esto es, dos de las manifestaciones hacen referencia a la cualificación o aprendizaje adquiridos en *trabajo voluntario* realizado en residencias de ancianos en los países de origen; éstas las suscriben dos mujeres de Cuba (EC-8) y Perú (EC-14). Por el contrario, las dos manifestaciones explícitas de aprendizaje o *experiencia en la práctica* las realizan dos varones de República Dominicana (EC-7) y Ecuador (EC-10), y se refieren al cuidado de atención personal que ambos realizaron a familiares hasta su fallecimiento. Esta marca de género sorprende porque por otras manifestaciones de personas entrevistadas se deja ver que el cuidado a las personas mayores en los países de origen es cuestión fundamentalmente de las mujeres y no de los varones. Habría que entender que la explicitación por los varones de la experiencia adquirida en la práctica del trabajo recíproco en el hogar en la atención a mayores señala una excepcionalidad, mientras que el silencio total de esta experiencia en el caso de las mujeres, estaría señalando una situación obvia para las entrevistadas: las mujeres aprenden el trabajo del hogar (ser ama de casa) lo mismo que el de la atención a los mayores por su posición de género y no se ha visto contestado entre las entrevistadas.

Respecto a la adscripción de las dos mujeres entrevistadas a un *trabajo de voluntariado con mayores en los países de origen* se pueden realizar algunas reflexiones. Primera, el caso de EC-8 Mujer cubana relaciona su actitud de donación a los mayores con la práctica religiosa y, en último término con una actitud de mujeres (las monjas son las actrices de la atención desde la institución religiosa):

«Como desde pequeña *practico religión católica*, estuve en una residencia de ancianos y *aprendí con las monjas*, y de ahí fue de donde he tenido la experiencia» (EC-8, 5).

Y segunda, la atención a mayores aprendida en el trabajo voluntario de reciprocidad vecinal tiene que ver con la faceta del «acompañamiento» personal más que en el de la atención material; escisión que se repetirá luego en otras entrevistas al tratar el tema de la formación como cualificación profesional:

«En Perú estuve en una Casa Hogar y hacíamos más que nada *labor de acompañamiento* con

ancianos y he ido aprendiendo por mí misma. (...) Yo me iba a ver a los ancianos nada más porque siempre me atraía un poco eso de acompañarlos, hablar con ellos, no otra manera» (Mujer peruana, EC-14, 5 y 6).

INMIGRANTES TRABAJADORES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Con el bagaje expuesto de formación, cualificación profesional y experiencia laboral, las personas entrevistadas llegaron en su proyecto migratorio a la Comunidad de Madrid. En el nuevo lugar de llegada se producen nuevos procesos de inserción laboral y en algunos casos de formación, que adquieren las características siguientes:

a) Inserción laboral en la Comunidad de Madrid

Respecto a la *inserción laboral*, la información recogida sobre los primeros empleos obtenidos en Madrid presenta diversas situaciones:

- Los casos en los que el primer empleo en Madrid ha sido el del cuidado a personas mayores corresponden prácticamente con las personas que llevan menos tiempo aquí (EC-13 Mujer peruana de 33 años, enfermera técnica, con tres meses de estancia en Madrid y dos de empleo en el sector; EC-14, Mujer ecuatoriana de 31 años que comenzó el trabajo a los quince días de llegar; EC-13 Mujer peruana de 32 años, publicista, llegada hace cinco meses a Madrid EC-18, mujer ecuatoriana que comenzó a trabajar a la semana de estar en Madrid) o con los de quienes han encontrado dificultades para acceder a otro trabajo (EC-20 Mujer ucraniana de 65 años, jubilada, técnica de laboratorio, que ha tardó más de diez meses en acceder al primer empleo: «Ir al Ayuntamiento, al INEM y andar todos los sitios y decir: "por favor, ayudarme un poquito". La respuesta: "no, no, tú eres extranjera y mayor"» (pág. 3).

De confirmarse estas constataciones, el sector de la atención a personas mayores se estaría constituyendo en una polo atractor de trabajadores inmigrantes en Madrid, con independencia de la calidad del empleo ofertado, como se verá más adelante.

- Sin embargo, en general, las personas entrevistadas han llegado al sector del cuidado a personas mayores después de un periplo laboral en Madrid, marcado por la diferencia de género y la descualificación, esto es, para el conjunto de la muestra se, tengan o no cualificaciones superiores y experiencias laborales acomodadas en los países de origen, se produce un rebajamiento de nivel en el proceso de inserción laboral en Madrid previo a la entrada al cuidado de personas mayores. Si se recuerda lo expuesto anteriormente para los países de origen, la diferencia de género y los empleos descualificados eran las características en el acceso al empleo del sector de entrevistados con estudios primarios pero no lo eran para el sector cualificado con estudios medios-superiores.

En el caso de *mujeres entrevistadas* ninguna de las que tienen cualificaciones medias o superiores ha trabajado en Madrid en el sector de su especialidad y tanto este grupo como el resto de mujeres entrevistadas se han desempeñado en empleos de poco prestigio social o descualificados, esto es, empleos vistos como trabajo de mujeres: servicio doméstico o similares (EC-19 «doncella»), cuidar niños o limpiezas (en restaurantes, oficinas, residencias de mayores, etc.).

El paso al cuidado de personas mayores se ha producido como trasvase natural de un empleo de mujeres a otro. Así, en ocasiones se sigue «denominando» el cuidado a personas mayores como servicio doméstico, en cuanto trabajo del ama de casa realizado en otro hogar de forma pagada:

«Yo no he trabajado así nunca en casas y para mí ha sido un cambio bien fuerte... El trabajo que hago es como el trabajo que se desempeña en cualquier casa: limpieza, cocina, atender a la señora, las camas, limpiando todo y llevándola a pasear, las medicinas; luego, lavar, planchar *como un ama de casa*» (EC-1, 4).

En otras ocasiones, el paso se produce simplemente dentro del hogar, es decir, cuando las personas mayores de la familia contratante han ido envejeciendo y necesitando cuidados específicos de atención personal. En esta circunstancia, la persona inmigrante trabajadora en el servicio doméstico, sobre todo en la modalidad de interna, intensifica el trabajo de atención personal a los mayores manteniéndose en el mismo empleo anterior. El caso más llamativo es el de la mujer entrevistada de Filipinas (EC-5) que lleva más de 24 años en la misma casa: el paso del tiempo ha hecho que el señor haya fallecido (al que atendió un varón inmigrante contratado al efecto) y que la señora se encuentre en la actualidad demenciada a la que atienden personalmente la entrevistada y otra mujer filipina; ambas trabajadoras llevan más de veinte años al servicio (doméstico) de dicha familia.

En el caso de los tres *varones entrevistados*, sólo dos tienen estudios primarios incompletos y uno tres años de medicina. Los dos primeros se desempeñaron en los países de origen en el campo y en un taller de reparaciones mecánicas, ambos eran negocios familiares; el tercero, a pesar de su cualificación incompleta en medicina, no se desempeñó en dicho sector sino en la banca. Al llegar a Madrid los tres realizan trabajos descualificados pero calificados como trabajos de varones: del campo se pasa a la construcción (EC-7 Varón dominicano); del taller mecánico al reparto de propaganda (EC-10 Varón ecuatoriano); de la banca a la jardinería y carpintería (EC-15 Varón ecuatoriano).

La entrada en el empleo del cuidado a personas mayores es vivida en los tres casos como un paso positivo en la trayectoria laboral: «algo que entendía por el estudio de medicina y me gustaba» o algo sobre lo que se tenía cierta experiencia previa, en los dos casos restantes. En este último aspecto no se alude a ninguna cualificación formal de estudios o profesional adquirida en los países de origen o a la llegada en Madrid, sino a la experiencia personal del aprendizaje del cuidado a personas mayores a través de la atención que personalmente tuvieron con familiares mayores; experiencia gratificante en ambos casos y que, en su opinión, es trasladable al empleo en el cuidado a mayores aquí. Se produce, pues, un trasvase desde el ámbito de la reciprocidad familiar al ámbito mercantil reconocido formalmente en cuanto tal y distinto del empleo en el servicio doméstico.

b) Formación para el cuidado de personas mayores

Respecto a la *formación en Madrid*, en las entrevistas realizadas sólo se recoge la que tiene que ver con la atención a personas mayores. Pues bien, además del caso ya citado de la Mujer colombiana que estaba realizando un postgrado en gerontología (EC-13), del que se puede decir que el trabajo (con mayores o en el servicio doméstico) es un medio que le posibilita continuar la formación, los demás casos que han realizado formación o que declaran tener expectativas de realizarla se encuentran en el grupo de quienes cuentan ya con estudios medios-superiores (excepto EC-18 con estudios primarios): la mitad

de ellos ha realizado cursos de formación para el cuidado a mayores o piensa hacerlos. En tres casos se trata de cursos de formación organizados por el Ayuntamiento: la empresa para los propios trabajadores (del Servicio de Atención Domiciliaria a personas mayores (SAD o de la residencia de ancianos); en otros casos, la expectativa es cualificarse en un sector que no existe en los países de origen y que, por tanto, se constituye en un activo de cualificación profesional de interés no sólo para trabajar en Madrid (EC-18, mujer ecuatoriana pasó del domicilio particular a residencia) sino también, caso del retorno:

«Sé que hay cursos de gerontología. Si por equis motivos no puedo trabajar de administrativo, que es lo que sé, y tengo oportunidad de formarme en gerontología o educación infantil, entonces viendo el futuro de que si de aquí a diez años nos volvemos a Bolivia, allí no hay eso. No hay gente preparada para cuidar ancianos, y ancianos va a haber en todos los países. Por eso me estaba queriendo animar mi esposo a que yo pueda hacer algo en gerontología, porque allí no hay gente con formación» (EC-12 Mujer joven boliviana que vive con el marido e hijas en Madrid).

2.1.3. Momento presente de la atención a personas mayores

El momento presente de la atención a personas mayores se realiza en el aquí-ahora de la Comunidad de Madrid. En las narraciones de las veinte entrevistas realizadas se trata de un presente histórico, dado que en ocasiones la persona atendida sobre la que informa el cuidador ha fallecido y, en otras, se relatan varios casos de atendidos que no fueron simultáneos sino sucesivos. Sin embargo, en este momento encontramos siempre el *punto de encuentro entre la oferta* de trabajo que realizan las familias para cubrir la atención de los mayores y *la demanda* de empleo que sustentan las personas inmigrantes que van a convertirse en cuidadores de tales personas mayores con necesidades de atención. Un punto particular que se explorará a través de las declaraciones de las personas cuidadoras entrevistadas es el de *la motivación* que tuvieron para comenzar a trabajar en el sector del cuidado a mayores en Madrid. Así mismo, el comienzo del desempeño de este trabajo requiere precisar consensuadamente la *modalidad* bajo la que se realizará y, posteriormente, volver a hacerlo si se precisa introducir cambios por cualquiera de las dos partes.

El desempeño del trabajo de atención a personas mayores con necesidades implica todo el momento previo que se ha expuesto, es decir, el cuidador porta consigo la cualificación profesional y la trayectoria laboral previas, así como la propia situación personal en el grupo familiar de convivencia. Este punto es de especial interés, como se verá, dado que facilitará u obstaculizará la aceptación del trabajo del cuidador en las diversas modalidades de interna o externa.

FORMAS DE INTERMEDIACIÓN LABORAL: ENCUENTRO DE LA OFERTA Y LA DEMANDA

a) Preeminencia de las redes de proximidad del cuidador y de los familiares

Las formas de intermediación entre las familias de las personas mayores dependientes (oferta) y la demanda de empleo de los trabajadores inmigrantes son muy variadas, tal como puede verse en el *Cuadro 4. Formas de intermediación laboral entre cuidadores y familias*. Sobresalen las múltiples formas que podemos denominar de *proximidad*, esto es, en las que los cauces para el encuentro lo posibilitan fami-

liares, amigos o personas de círculos próximos al cuidador y a los familiares de los mayores dependientes; en particular cobra especial relieve la forma en la que se combinan ambas redes informales: «A través de familiares-amigos del cuidador y de familiares-amigos de la persona mayor con dependencia».

«El segundo trabajo lo encontré por una prima mía que trabaja en Majadahonda con una señora de interna y esa señora, conoce a otra que conocía a una monjita y a esa monjita le comentó mi prima que yo estoy sin trabajo. Entonces la nuera de esa señora. me dijo que me quería conocer, quedamos en una cita y me dijo: me has caído fenomenal, quiero que te quedes con mi suegra» (EC-11, 2). «Fue precisamente (encontrar el trabajo) por otra persona boliviana pero yo a esa mujer no la conozco. Es un círculo de gente conocida boliviana que me llamaron para decirme si me interesaba (la mujer quería ser interna y dejaba este trabajo por horas). No es ninguna asociación. Es un grupo de gente, bolivianos, y es que *siempre se está en contacto de trabajo*. Entonces, sabes qué boliviana, qué amigos son los no tienen (trabajo); entonces si ahí no hay nadie, realmente sale para fuera (la oferta de trabajo)» (EC-12, 2).

Por el contrario, son prácticamente inexistentes los cauces formalizados, como la intervención de Ayuntamientos y de empresas de servicios a domicilio; tampoco tiene casi importancia en el conjunto el cauce de «anuncio en prensa», indicando de nuevo la preeminencia de las relaciones personales sobre los medios de comunicación formalizados para la mediación en este segmento laboral.

CUADRO 4

Formas de intermediación laboral entre cuidadores y familias

N.º	País de origen	Edad	Tiempo en España	OFERTA Situación del mayor. Quién contrata	DEMANDA Papeles al inicio. Documentación actual
A través de familiares del cuidador					
EC-9 (EC-8)	Ecuador	55	54 m.	Sra. parálisis parcial. Nuera	Con papeles. Regular
A través de compañeros de piso					
EC-5	Filipinas	50	144 m.	Sra. Demencia senil. Hijos	Sin papeles. Permiso permanente
EC-14	Perú	32	5 m.	Sra. Trombosis. Hijos	Sin papeles. Irregular (trámite)
A través de amigos inmigrantes					
EC-15	V. Ecuador	24	60 m.	Sr. Alzheimer. Hija	Con papeles. Regular
EC-16	Colombia	58	4 m.	Sra. «vista» y edad. Ella	Sin papeles. Irregular
A través de compatriotas (redes informales)					
EC-12	Bolivia	36	17 m.	Matrimonio «mayores» Hijos y ellos	Sin papeles. Irregular
A través de amigos españoles					
EC-10	V. Ecuador	45	40 m.	Sr. Parkinson. Hijos	Sin papeles. Regular
A través de Familiares directos del mayor					
EC-13	Colombia	28	27 m.	Sra. «depresión». Hijos	Estudiante. Estudiante
A través de familiares-amigos del cuidador y de familiares-amigos del mayor					
EC-7	V. R. Domin	66	120 m	Sr. «tullido» (parálisis). Hijos	Con papeles. Nacionalizado
EC-8	Cuba	42	48 m.	Matrimonio «mayores». Hijos	Con papeles. Trámite nacionalizac.
EC-11	Ecuador	45	43 m.	Sr. Parálisis. Esposa	Sin papeles. Regular

N.º	País de origen	Edad	Tiempo en España	OFERTA	DEMANDA
				Situación del mayor Quién contrata	Papeles al inicio. Documentación actual
EC-19	Marruecos	42	48 m.	Matrimonio «mayor» Hijos	Sin papeles. Regular
EC-6	R. Dominicana	58	100 m.	Sr. mayor. Hijos	Con papeles. Nacionalizada
EC-18	Ecuador	44	36 m.	Sra. Alzheimer. Hija	Sin papeles. Regular
A través de relaciones de vecindad del cuidador y de la familia del mayor					
EC-2	Perú	46	48 m.	Sra. «demencia senil». Sobrina	Con papeles. Regular
A través de instituciones católicas: parroquias, «Cáritas», institutos de religiosas:					
EC-1	Ecuador	33	3 m.	Sra. «artrosis». Hija	Sin papeles. Regular
EC-20 (EC-8) (EC-11)	Ucrania	65	42 m.	Matrimonio 'mayor' Y dos hijos paralíticos. Padres	Sin papeles. Irregular
A través de Ayuntamientos					
EC-3	Ecuador	36	24 m.	Sra. «problemas corazón» Hijos	Sin papeles Regular
A través de empresa de Atención Domiciliaria					
EC-17	Perú	39	48 m.	Sra. «cadera» movilidad. Sobrina	Con papeles. Regular
Anuncios en la prensa					
EC-4	Ecuador	31	30 m.	Sra. «demencia senil». Sobrina	Con papeles. Regular
A través de ONG y organizaciones de ayuda no lucrativas					
(EC-9)					
(EC-10)					
(EC-11)					
(EC-12)					

Las entrevistas entre paréntesis indican que también han utilizado ese cauce.

La multiplicidad de variaciones de cauces con predominancia de la relación personal (familiares, amigos del cuidador y/o de la familia; compañeros de piso, compatriotas, relaciones de vecindad, etc.) pone de manifiesto la falta de intermediación administrativa del sector. Entre este nivel básico de reciprocidad cuasi-familiar y la intermediación formalizada (INEM, Ayuntamientos, etc.), se sitúan con un peso intermedio las redes de solidaridad; entre ellas destacan las ONG y organizaciones no lucrativas junto a las instituciones de la Iglesia católica (parroquias, Cáritas y miembros de institutos religiosos femeninos).

Esta preeminencia de los factores personales y de las relaciones informales propicia tanto solidaridad o apoyo mutuo a nivel horizontal, esto es, entre adultos, como vertical, es decir, de madres a hijas; desvelándose en este último caso una reproducción ampliada del segmento laboral de la oferta: *estamos asistiendo a la introducción de la segunda generación en el sector de la atención a los mayores:*

«Sí, mi hija ya me la he podido traer. Tiene 18 años y ahora se ha ido con una nieta de la señora que yo estoy cuidando; se ha ido de externa y trabaja cinco días a la semana» (EC-11 Mujer ecuatoriana, 20-21).

b) La gestión de la ayuda a los mayores dependientes

La urgencia de encontrar un cuidador para solventar la necesidad de atención de los mayores moviliza a diferentes miembros de la familia. En general son los miembros más cercanos, hijos o cónyuges, quienes se

encargan de los trámites de entrevistar a candidatos, establecer las condiciones laborales, pagar los salarios y hacer seguimiento del servicio. En las entrevistas realizadas resalta la presencia operativa de los hijos varones, casi al mismo nivel que el de las mujeres, y sólo en los casos en que aparecen las «nue-ras» gestionando este servicio se observa una marca de género en la asignación del mismo (dado que sería el marido, que es el hijo del mayor, quien tiene una relación más próxima) o, también, cuando es la hija soltera que convive con los padres quien lo hace en descargo del resto de hermanos varones o mujeres (situación relatada en EC-1). También aparecen otros familiares, aunque en menor proporción: por un lado, el caso de familiares menos cercanos, como «sobrinas», para gestionar la atención a tías suyas mayores y solteras (EC17 y EC-4); por otro, los casos de familiares más próximos, como cónyuges o padres mayores que atienden a los respectivos cónyuges dependientes o a hijos con gran dependencia (EC-20, madre que atiende al esposo mayor y a dos hijos en sillas de ruedas; EC-9, esposa que atiende al marido imposibilitado).

Por último hay que reseñar que, a veces, son los propios mayores, con ciertas necesidad de atención pero válidos intelectualmente, quienes gestionan la ayuda que demandan, aunque sea con algún soporte de los hijos. Es el caso relatado en la entrevista EC-12, en el que un matrimonio de 93 y 94 años, respectivamente, deciden el sueldo a pagar al cuidador al margen del criterio de los hijos, aunque el dinero físicamente se lo proporcione un hijo de la cuenta corriente de los mayores:

«Yo me he quedado sorprendida, el señor tiene 94 años y ella 93 pero el abuelo me dice: «pásame las facturas del gas, del teléfono, etc.». Y comienza a ver una por una con las gafas y lo apunta todo. El hijo, cuando toca pagar el alquiler o a mí, va al banco con un poder que tiene y trae el dinero; se lo entrega al abuelo y el abuelo cuenta todo y lo anota. Incluso anota las compras mínimas del pan. Me ha llamado la atención que la abuela es la que me da a mí el dinero pero ella se lo pide al abuelo que lo guarda y lo cuenta todo. Están bien lúcidos con más de 90 años; ellos manejan toda la casa» (EC-12, 9)

c) Las situaciones de necesidad de las personas mayores

Los tipos de situación en que se encuentran las personas mayores para las que se solicita la atención tienen que ver con dificultades de movilidad (parálisis, trombosis, artrosis, problemas de caderas, etc.) y con situaciones de falta de autocontrol personal (demencia senil, Parkinson, Alzheimer, depresión, etc.). En las entrevistas realizadas no son frecuentes los casos de gran necesidad del mayor, esto es, en los que se necesite alzarles en peso, cambiarles y limpiarles constantemente, etc., ni tampoco son frecuentes los casos en que se necesite una atención sanitaria especializada: inyectarles o colocar sondas, etc. (excepto EC-15). En general el tipo de necesidades más presentes conforma una demanda intermedia entre la atención entendida como mera «compañía» y la gran necesidad o necesidad especializada (sanitaria, sobre todo). En estos últimos casos suele existir un consenso entre el cuidador y la familia de que es preferible optar por el internamiento del mayor en un establecimiento residencial u hospitalario, o si no recurrir al cuidado especializado de enfermería:

«La señora estaba en estas condiciones y pegaba unos gritos que alertaba a los vecinos, abría las puertas, llamaba a la policía para decir que la maltrataban, etc. Yo les decía a los hijos que ella debía estar en un Centro porque casos así en los pisos...» (EC-9, 3).

«Me hicieron la entrevista y las pruebas y me dijeron que sí, que estaban de acuerdo porque tenía conocimientos de medicina. El señor tenía casi todo tipo de enfermedades y casi desde que empecé el trabajo empezó a dejar de razonar. Había que hacerle todo y un seguimiento de las enfermedades» (EC-15, 3, Varón ecuatoriano con estudios de medicina).

d) ¿Selección preferencial de determinada edad y sexo?

No se observa una preferencia determinada sobre un segmento de *edad* determinada. El límite que encontramos está entre los 24 años del Varón ecuatoriano con estudios de medicina y los 65 de la mujer ucraniana jubilada en su país o los 66 años del Varón dominicano. Si el límite de edad no está explícito, sin embargo la tarea asignada requiere cierto sosegamiento adquirido con la madurez y, a la vez, una cierta vitalidad física que exige determinada juventud.

Por otro lado, hay indicios de que el *sexo del cuidador* marca en parte el sexo de la persona a atender y de modo claro en el caso de cuidadores varones. Esto es, ningún cuidador varón de los entrevistados atiende a persona del otro sexo, mientras que varias mujeres cuidadoras atienden indistintamente a varones o mujeres, sea con el concurso del cónyuge del mayor o en solitario. La razón es estrictamente cultural en unos casos, es decir, aparece la reserva del *pudor* ante el aseo de partes íntimas y, en otros casos, es claramente preventiva y *prejuiciosa* ante el temor de abusos:

«La señora, a veces, me decía: "acuesta al señor". Y yo lo acostaba; luego la señora salía con una amiga y yo me quedaba sola y por la mañana levantaba al señor luego con la señora lo lavábamos; ella le aseaba las partes íntimas y yo le lavaba el cuerpo» (EC-9, 10 y 7).

«Digamos que no es sólo en este sector. En todos no le tienen mucha confianza al hombre. *Preferieren a la mujer para los abuelos*, dicen que es más hacendosa y más todo y que el abuelo no corre peligro de nada con ella. Y en este caso, yo le digo que muchos hombres estamos mejor que las mujeres pero en cambio se dice que *la relación de los hombres con los abuelitos, lo hemos escuchado muchas veces*, es que *llegan y los violan y todas esas cosas*. Por esto tienen esa duda del hombre para atender a las personas mayores y en especial a las mujeres» (EC-10, 24 y 25. Varón ecuatoriano).

e) ¿Influye la situación de regularidad (tener o no los «papeles») a la hora de la contratación?

Respecto a la situación documental de la demanda de trabajo se presentan tres situaciones:

- La de quienes actualmente se encuentran *irregulares* en Madrid (EC-14, EC-16, EC-12 y EC-2), que coincide con quienes llevan menos tiempo aquí (entre tres y 17 meses), excepto el caso de EC-20 Mujer ucraniana que lleva 42 meses y el de EC-1 que, por el contrario, es quien lleva menos tiempo de todas las personas entrevistadas (tres meses) y ya ha conseguido la regularización; a estos casos habría que añadir el de EC-13 estudiante, que se encuentra regular en cuanto tal pero irregular como trabajadora. Este grupo supone casi una tercera parte del conjunto entrevistado.
- El grupo de quienes comenzaron en este sector laboral siendo irregulares pero *se han regularizado en el mismo* (EC-1, EC-3, EC-5, EC-9, EC-10, EC-11 y EC-18). Exceptuando el caso de EC-10 que estaba regular en el momento de la entrevista pero que lo consiguió al dejar el sector, para el resto de este

segundo grupo el paso por el sector ha sido el factor principal de regularización. Este segundo grupo supone algo más de la tercera parte de la muestra entrevistada.

- El tercer grupo es el de los que *comenzaron con la documentación en regla* y continúa en dicha situación; supone algo más de un tercio del conjunto. Lo forman quienes llevan un promedio de tiempo de estancia en España superior a cuatro años, excepto el caso de EC-15 con 27 meses (Varón ecuatoriano con estudios de medicina). En este grupo se encuentran los dos casos que tienen la *nacionalización* (EC-6 y EC-7) y el que la está solicitando (EC-8). Por la información recogida no se tiene constancia de que este sector haya regularizado su situación en este sector; no obstante, se puede presumir que dado el tiempo de estancia en Madrid y su larga trayectoria en diversos sectores laborales, al menos, una parte lo haya conseguido fuera del mismo.

Respecto a las tres situaciones descritas podemos señalar que sumados los casos de las dos primeras, situación irregular actual y situación irregular al comenzar el trabajo actual, suponen la mayoría del conjunto entrevistado, lo que indica el notable efecto regulador del sector para la situación de los trabajadores y trabajadoras inmigrantes que acceden al empleo en Madrid por el mismo. Sin embargo esto no obsta para que en la experiencia personal de EC-10, Varón ecuatoriano, el encontrarse irregular fue el motivo de no poder volver a trabajar en el sector cuando falleció el abuelo al que cuidaba, esto es, accedió al sector siendo irregular pero por esta misma situación no pudo permanecer en el mismo:

«Falleció mi abuelo y también al mismo tiempo me quedé sin trabajo igual, entonces, ¡uf!, fatal. Como no tenía papeles ni nada, otra vez a la calle, a la propaganda» (EC-10, 3).

MOTIVOS DECLARADOS PARA ACCEDER AL SECTOR

La información que recogen las veinte entrevistas realizadas sobre los motivos que se declaran para emplearse en la atención a personas mayores dependientes presenta una graduación que, a veces, se ofrece simultánea y, a veces, sucesivamente; esto es, no se trata de motivos excluyentes entre sí.

La primera motivación o condicionante declarado tiene relación directa con la *condición migrante*: la llegada a Madrid sin papeles, sin trabajo y con la obligación perentoria de cumplir con el encargo familiar (enviar dinero para ayudar a la familia) o con la necesidad de devolución de la deuda contraída por el viaje. En esta situación se acepta el primer empleo que se ofrezca. En unos casos se trata de un trabajo para el que predispone el hecho de migrar: «Vengo de mi país, quiero trabajar de interna» (EC-19. Mujer marroquí, soltera, en casa interna); pero en otros, trabajar en este sector se trata de un cambio brusco en la trayectoria laboral previa: «Antes yo nunca había trabajado en las casas; fue un cambio muy brusco» (EC1. Mujer peruana, maestra infantil). La condición migrante, unida a la necesidad económica, es el denominador común trabajar para ganar dinero y ayudar a la familia. La emigración es la salida del país de origen para «buscar la vida» (EC-8, 3).

La similitud de la oferta para cuidar personas mayores en su domicilio con el trabajo de interna ofrece, en suma, las mismas ventajas comparativas que, en ocasiones, los hacen atractivos: de golpe, la vivienda, la comida y la soledad del recién llegado se ven resueltas. Es, pues, claramente una oferta ventajosa para las situaciones más desasistidas, sobre todo cuando a lo anterior se suma la falta de «papeles» del

inmigrante para residir en Madrid. Desde este punto de vista es un sector refugio o de entrada en el mercado (irregular) de trabajo pero no supone una elección del mismo, sino la búsqueda de solución para la situación del inmigrante.

Cuando se indaga en los *porqués* específicos de la entrada en el sector aparecen múltiples respuestas que podemos agrupar en motivaciones laterales y en otras positivas, relacionadas con la cualificación profesional previa o con preferencia por el mismo. Veamos algunas manifestaciones:

a) De la necesidad de trabajar a la casualidad de encontrar empleo en el sector

«Nunca pensé trabajar en esto pero es lo que salió» (EC-17. Mujer peruana, maestra de infantil).

«No tenía nada y me salió esto al tiempo que cuidar niños; lo cogí por casualidad» (EC-4. Mujer ecuatoriana, administrativa)

«No tenía experiencia (previa) ni conocimientos (profesionales) pero me salió y lo cogí» (EC-12. Mujer boliviana, administración de empresas).

También como casualidad podemos situar los casos de tránsito impensado desde el desempeño en el servicio doméstico al cuidado de las personas mayores que se encuentran en él, sea porque el tiempo de estancia en el cuidado de un mismo hogar hace que los «señores» vayan envejeciendo y pasen a ser cuidados por la «chica de siempre» (EC-5. Mujer filipina que lleva más de 24 años al servicio de la misma familia en el mismo hogar), sea porque la oferta de trabajo represente una mezcla indiferenciada entre ambos sectores, situación fácilmente provocada en trabajos bajo la modalidad de interna (EC-19. Mujer marroquí que llega para trabajar de interna pero en dicho hogar cuida a un señor dependiente sin modificación de las condiciones contractuales).

b) Preferencia por este sector frente a otros

«Al principio de llegar no tenía un trabajo bueno (repartidor de propaganda por la calle) y éste me gustó; me gusta mucho estar con los viejitos» (EC-10, 2. Varón ecuatoriano).

«Me venía bien para combinar los horarios de los otros trabajos y de recoger a las hijas del colegio, además no me era difícil» (EC. 12, 2. Mujer boliviana con esposo y dos hijas pequeñas).

«(ofrecieron) Mejor sueldo que en limpiezas o cuidando niños» (EC-13, 3).

«Pensé que era mejor que cuidar niños, que es más peligroso» (EC8, 3. Mujer soltera, cubana).

Elección directa y positiva de este sector:

«Era el que más sabía (por experiencia familiar). Yo llegué a Madrid con cierta edad, trabajé en la construcción pero me encontré esto y me gustaba más, aunque no tenía estudios» (EC-7, 3. Varón dominicano, ya nacionalizado, que prevé permanecer en el sector).

«Era un trabajo próximo a lo que había estudiado en mi país; preferí "probar"» (EC-15, 3. Varón ecuatoriano con tres años de medicina).

«Por estudios realizados en mi país; también aquí continué especializándome en ello» (EC-13. Joven colombiana estudiante de postgrado en gerontología).

En resumen, aparece tanto una graduación de motivaciones (de más lejanía hasta la familiaridad con el sector) como una mezcla de las mismas, que va decantándose desde la condición migrante (necesidad de cualquier trabajo) a la preferencia por el sector (especialización o gusto por el mismo). Con todo, la situación más frecuente es la entrada en el sector sin verse llevados por ninguna motivación especial hacia el mismo paro terminar cogiéndole gusto, aunque no se piense éste como sector laboral perpetuo:

«No es lo mío (mi cualificación), no es lo que quiero (mi profesión o mi trabajo) pero lo hago con interés» (EC-12, 5. Mujer boliviana, administradora de empresas).

c) Identificación con la tarea del cuidado a mayores, sobrepasando el ámbito del trabajo mercantil hacia la deriva de la reciprocidad

En algunas declaraciones recogidas en las entrevistas se observa una confusión entre el ámbito mercantil del trabajo de atención a mayores y la relación de ayuda que se establece, en cuanto reciprocidad afectiva y personal. Aunque este punto precisa de mayor exposición, al menos dejemos señalados algunos apuntes:

- Consideración del trabajo de cuidador como *ayuda* al mayor necesitado. El cuidador se sitúa en la posición de *dar* y se coloca (imaginariamente) al mayor en la de necesitado de *recibir* (cariño, cuidados, compañía, etc.), creando una relación cuasi-necesaria de la que es difícil desprenderse:

«Ayudar a la gente es una cosa que me encanta (...). Me gustaría seguir cuidando personas que necesiten de la ayuda de la compañía de uno; *me gustaría por humanidad*» (EC-2, 8).

Esta toma de posición tiene sus consecuencias. En la situación de poner en la balanza el bien de la persona mayor y el del propio grupo familiar del cuidador, éste opta por la parte que considera más necesitada, como haría una buena madre respecto a los miembros del grupo familiar, lo que le puede acarrear perjuicios económicos al inmigrante:

«En el plano económico, creo que se debería ganar más (...) porque dejas a tu familia, que podrías estar con ellos (un domingo); pero *no importa por colaborar* con esas personas mayores que necesitan» EC-2, 8).

Una variación de esta posición la encontramos en los casos en que se pone el acento en la *pena* que produce la situación de las personas a cuidar, resaltando su soledad y enlazando con el recuerdo de la situación de los propios familiares a los que se ha dejado (¿emocionalmente abandonados?) en el país de origen:

«A mí me dan pena estos abuelos; está el marido enfermo y los hijos en sillas de ruedas; ellos tienen 88 años. Y la madre llora y yo ayudar. Madre contenta, dice: "gracias" (...). Mi madre también tiene 84 años y está enferma y necesita medicinas muy caras. Llámame por teléfono y pregunta: "hija, ¿por qué no vuelves a Ucrania. Yo enferma, pronto muero yo"» (EC-20, 3 y 5. Mujer jubilada con madre enferma en Ucrania).

- Consideración de que el trabajo de cuidador de personas mayores crea obligaciones (morales) más allá de las estrictamente laborales:

«Ella se sentía que *yo era como una salvadora* y cuando me fui fue un problema porque la señora no quería que viniera otra persona. Y me decía: "pero tú, vente". Y es la hora que tengo que ir un día, por lo menos, por semana para que ella me vea. Es una *relación de amistad porque allí no hay salario*. Eso lo hago porque me gusta, porque me duele mucho que ella va a sentir que de verdad era todo (el trabajo de atención) por dinero, que no hicimos excelente relación» (EC-13, 5. Joven colombiana, experta en gerontología, excuidadora en la modalidad de *compañía personal de anciana con depresión*).

Finalmente, se piensa que la situación que crea la relación de convivencia («me siento como si fueran mis abuelos») perdurará más allá de la relación laboral, produciendo vínculos de reciprocidad que se objetivan en la dedicación de tiempo como *voluntariado social*. Este punto abre otro nuevo frente y es la competencia entre intereses de sectores inmigrantes necesitados de trabajar en este sector y la presencia del voluntariado en el mismo.

«Es algo circunstancial que esté aquí y que reciba una paga. Particularmente creo que si me saliese de esto, *lo haría como voluntaria*, no recibiendo una paga» (EC-14, 8. Mujer peruana soltera que cuida a matrimonio como seminternas).

MODALIDADES DE ATENCIÓN

En este apartado se exponen los resultados de las veinte entrevistas realizadas en lo referente a las modalidades de atención. Se van a abordar dos puntos: uno, las modalidades de atención en cuanto al *tiempo de dedicación al cuidado* de personas mayores, es decir, la consideración de trabajador interno, externo o por horas, y dos, las *tareas específicas encomendadas* a cada una de estas modalidades. Existe, sin embargo, un factor que incide de modo importante en la decisión y/o posibilidad de acceder a cada modalidad de atención, se trata de la situación familiar en que se encuentre el cuidador en Madrid, observada a través del indicador de la *reagrupación familiar* realizada. Este será el tercer punto que se expondrá. El resultado conjunto de estas características puede observarse en el *Cuadro 5. Modalidades de atención y situación familiar del cuidador*.

CUADRO 5

Modalidades de atención y situación familiar del cuidador

N.º entrevista	Sexo	Edad	Nacionalidad	Modalidad	Regularidad	Reagrupación
TETUÁN						
EC-1	M	33	Perú	Interna	Sí	No (soltera)
EC-2	M	46	Ecuador	<i>Por horas (domingos)</i>	Sí	Sí (le queda un hijo)
EC-3	M	36	Ecuador	<i>Por horas (domingos)</i>	No	Sí (esposo e hijos)
EC-4	M	31	Ecuador	Interna	Sí	Sí (madre, hermana, sobrina)
MONCLOA-ARAVACA						
EC-5	M	50	Filipinas	Interna	Sí	No (soltera)
EC-6	M	58	R. Dominicana	Interna	Nacionalizada	Sí (hijos independientes aquí)

N.º entrevista	Sexo	Edad	Nacionalidad	Modalidad	Regularidad	Reagrupación
EC-7	V	66	R. Dominicana	Externa y por horas/hosp..	Nacionalizado	Sí (esposa e hija)
EC-8	M	42	Cuba	Interna (semi)	Sí (trám. Nacional)	No (soltera)/Sí (hermana)
VILLAVERDE						
EC-9	M	55	Ecuador	Externa (paro)	Sí	Sí (madre, un hijo)
EC-10	V	45	Ecuador	Interno/hospital	No	Sí (retorno esposa)
EC-11	M	45	Ecuador	Interna/externa (paro)	Sí	Sí (hija más sobrinos)
EC-12	M	36	Bolivia	Por horas	No (en trámite)	Sí (marido, tres hijos)
ALCOBENDAS						
EC-13	M	28	Colombia	Por horas (compañía)	Sí, estudiante	No (soltera)
EC-14	M	32	Perú	<i>Interna (semi)</i>	No	No (soltera)
EC-15	V	24	Ecuador	Externo	Sí	Sí (esposa e hijos)
EC-16	M	58	Colombia	Interna	No	No (hijos independientes allí)
LEGANÉS						
EC17	M	39	Perú	Por horas/externa (SAD)	Sí	Sí (marido y un hijo)
EC18	M	44	Ecuador	Por horas /residencia	Sí	Sí (marido, tres hijos)
EC19	M	42	Marruecos	Interna	Sí	No (soltera)/ Sí (sobrina)
EC20	M	65	Ucrania	Por horas	No	No (soltera; allí madre mayor)

a) El tiempo de trabajo: nuevas figuras dentro de las modalidades tradicionales

Si observamos el Cuadro 5, se verá que aparecen las diversas modalidades de atención conocidas. De entre ellas predomina la modalidad de *interna*, aunque hay una presencia importante de la modalidad de *externa* y bastante menor de la modalidad *por horas*. En esta última se aprecia una *nueva figura* que es complementaria a las dos anteriores, es el caso de quien atiende a personas mayores *el domingo* o días en que libran los cuidadores internos o externos y los mismos familiares de la persona atendida. No se trata de atender unas horas cada día o a la semana en días sucesivos, sino que se concentran en una jornada diez o doce horas de atención. Esta nueva figura debería denominarse propiamente *por día* o *jornada* más que *por horas* y es compatible con otros muchos sectores de empleo e, incluso, con otras modalidades en este mismo sector. A pesar del corto tiempo de atención semanal de esta figura, en comparación con las otras dos modalidades, ésta también crea identidad de cuidadora, tanto por el aprecio que reciben de la familia del cuidador y del propio mayor atendido como por la autoestima que genera en el cuidador el trabajo bien hecho. En este sentido, el tiempo de dedicación laboral no sería el elemento fundamental para la identificación profesional y personal, sino que lo sería la propia percepción del cuidador y la relación con el entorno familiar del atendido:

«Me paga la sobrina para que cuide a la señora los domingos porque libra la persona que la cuida (durante la semana). Cada sábado viene la sobrina a atenderla y yo estoy todo el domingo. He llegado a apreciar bastante a la señora y ella también a mí, porque algún domingo he querido yo librar y dejarla con otra mujer y al domingo siguiente me ha dicho: "es muy guapa la persona que me dejaste, pero yo ya estoy apañada contigo, no me vuelvas a hacer esto". Ella siempre dice que la trato bien; es muy agradecida conmigo» (EC-2, 5 y 6).

El siguiente testimonio refleja la autoestima profesional:

«Cuando pierde la noción le explico: "soy la persona que le está cuidando, la que está con usted todos los días se fue a librar" (...) Los familiares se sienten muy conformes, me dicen que tengo capacidad y que me sé desenvolver. Yo me siento muy capacitada para ese trabajo y sé cuidarles» (EC-3, 3 y 6).

En el caso de la modalidad de *externa fija* también parece una figura relativamente reciente que es la del *trabajador por cuenta de una empresa de servicios* de atención domiciliaria a mayores: el trabajador o trabajadora inmigrante tiene encomendadas varias casas para su atención, en torno a cuatro o cinco, hasta completar las 30 horas semanales. Esta figura está ligada a la implantación del servicio de atención domiciliaria (SAD) municipal, sea gestionado por empresas privadas o de carácter social, o a la oferta del mismo por empresas privadas de servicios personales que pueden completarlo con la oferta de Centros de Día, etc. Esta figura es externa desde el punto de vista de la empresa que gestiona el servicio, pero lo es por horas desde el punto de vista de la persona atendida; esto es, se contrata al cuidador a jornada completa pero éste presta una atención a tiempo parcial a cada hogar. La realidad de la rotación produce en el trabajador inmigrante la impresión de precariedad e inestabilidad en el empleo y se llega a calificar como trabajo fijo el que mantenga el mismo cupo de hogares durante un tiempo, tal como refleja la siguiente entrevistada:

«Me gustaría quedarme ahí pero eso de estar cambiando de personas es lo que no me gusta, porque, imagínate, pasas de una a otra y es que, eso, no me viene bien pero ¡qué se le va a hacer! Me gustaría *un trabajo fijo*, uno que me digan: "mira, qué te quedas un tiempo ahí"» (EC-17, 6).

Sin embargo la modalidad de *externa* más presente en la muestra entrevistada es la más tradicional, la que se contrata de modo particular por las familias; suele moverse entre una banda de 7 a 11 horas diarias de trabajo. Cuando los horarios se prolongan hasta el límite, en realidad se trataría de *externas con un formato de interna* (o *falsa externa* como lo denomina U. Martínez Veiga¹⁵).

Tal como se ha indicado al principio de este apartado, en las veinte entrevistas realizadas la modalidad predominante es la de *interna*. La llegada de inmigrantes ha reflatado esta figura que estaba en vías de supresión para el Servicio Doméstico; una vez recuperada para éste, se ha ido implantando en el sector de la atención a mayores dependientes de modo natural. En este momento interesa referirse al surgimiento de una figura de interna alejada del molde tradicional; se trata de un trabajador que vive en el domicilio de las personas a las que cuida, come en el mismo y les atiende en una franja horaria determinada o en tareas prefijadas, mientras que el resto del tiempo lo tiene "libre" para él o para dedicarlo a otros trabajos fuera de dicho hogar e, incluso, fuera del sector; esta figura, denominada de *falsa interna* y fue detectada por Colectivo IOÉ en su estudio sobre el trabajo del servicio doméstico de inmigrantes¹⁶.

¹⁵ Ver, MARTÍNEZ VEIGA, U., en «Evolución y clasificación del trabajo doméstico inmigrante», en OFRIM Suplementos, junio 2000, Madrid, pág. 91. Se refiere a aquellos trabajadores que tienen un carácter de externo en cuanto viven fuera de la casa del empleador, pero que desde todos los otros puntos de vista tienen las características de un trabajo de tipo interno.

¹⁶ Ver, COLECTIVO IOÉ, *Mujer, inmigración y trabajo*, IMSERSO, Madrid, 2001, pág. 381. Con la aparición de dicha figura se trata de disponer del tiempo del trabajador a discreción, similar a la figura del trabajador *fijo discontinuo* en el campo. En suma se trata de pagar sólo el servicio que se precise pero teniendo cerca (disponible bajo el mismo techo) al trabajador. De este modo se llegará a aplicar verbalmente *contratos a la carta* desde la perspectiva de la desregulación laboral; en el estudio citado se preveía el aumento de dicha figura.

Esta remodelación de la modalidad de interna fija y con dedicación exclusiva a un solo hogar, en nuestra muestra se autocalifica de *seminterna*; en dicha muestra analizada aparecen varios casos de esta figura, que tendría como elemento diferenciador de la correspondiente figura de falsa interna en el servicio doméstico, la característica de una fuerte vinculación afectiva establecida entre el cuidador o cuidadora inmigrante y las personas mayores atendidas. Veámos los relatos de esta remodelación de la figura de interna;

«Trabajaba de externa pero luego me propusieron que me mudara aquí, que me daban una habitación porque viven solos en el piso y preferían que yo estuviera más cerca o, digamos, también para ayudarme. Se encariñaron conmigo y querían que me quedara. Acepté y *estoy prácticamente todo el día, pero no estoy trabajando todo el día*. Entonces, digamos que *es una convivencia, como si estuviera en mi casa* (...) Con el señor lo acompañé al médico, al correo y por la mañana y noche me dedico a la señora para levantarla y acostarla; luego ella va a un Centro de Día. Pero con el señor *no tengo necesariamente que hacerlo; es si quiero*. Si quiero, puedo salir; tengo esa libertad. Incluso los fines de semana, si ya la acuesto, ya puedo salir por la tarde un rato» (EC-14, 4 y 5).

«Yo estaba viviendo con una hermana y estábamos un poco estrechos y entonces la señora tenía espacio y yo acepté para dormir allí y trabajar en otras cosas. La idea era acompañarla en las noches y vivir allí pero luego trabajar fuera» (EC-16, 2).

«Ahora estoy con otra anciana que ha muerto su esposo; tiene osteoporosis muy avanzada. Estoy con ella por las noches y por las mañanas hasta después de comer; hago la casa y preparo la comida; comemos y *a las tres de la tarde me salgo para el otro trabajo* que son cuatro o cinco horas limpiando oficinas, según las oficinas que tenga cada día, y tengo 60.000 pesetas más la seguridad social; es el sector de limpiezas (...) Ahora mismo *libro de tres y media de la tarde a nueve de la noche y tengo los fines de semana libre*. En el fin de semana tengo horas para relacionarme, que tampoco quiero exigir más porque, bueno, si una persona *está interna* pues hay que aceptarlo así» (EC-8, 5 y 7).

b) Las tareas demandadas: el punto de vista de los familiares

Aunque estamos exponiendo la visión de los cuidadores inmigrantes, también a través de sus declaraciones traslucen las demandas de las familias en el sector. Vamos a recogerlas aquí, teniendo en cuenta de que se trata de una información indirecta. El primer aspecto a considerar es el hecho de que las diversas modalidades de trabajo conllevan tiempos de dedicación distintos, por lo que no parece previsible que se demande realizar las mismas tareas ni, sobre todo, con la misma intensidad a quienes se desempeñen como internas que a las personas que lo hagan por horas. Sin embargo, desde el punto de vista de los familiares de las personas mayores dependientes suele haber determinadas prioridades que se expresan claramente y otras que se encuentran más veladas o que van apareciendo a medida que se consolida la relación laboral con el cuidador; por otro lado, algunas tareas van anexas a la situación particular de dependencia en que se encuentre la persona mayor. Por todo ello, las demandas presentan una cierta gradación:

- La demanda más general de las familias se expresa en términos de que el cuidador realice *lo que los familiares no pueden hacer*, sea por incompatibilidad horaria laboral (levantar o acostar al mayor, si se

tiene que acudir a un trabajo en esos momentos), por imposibilidad personal (caso de enfermedad de la hija o del familiar encargado principal de los padres) o planteamiento de vida (preferencia por dedicar el tiempo de vida a otras tareas o personas). En otras ocasiones se demanda que *el cuidador* realice lo que no pueden cubrir el resto de los recursos puestos a disposición del mayor, sea el SAD, un Centro de Día u otro cuidador. Según esto se preferirá un cuidador en la modalidad externa o interna o por horas, derivado de la cobertura horaria demandada; se insistirá en la «atención a personas» o a «la limpieza» del hogar, dependiendo de la situación del mayor y de la necesidad que genera su dependencia. Desde este punto de vista, *el cuidador es el complemento* de la familia o de otros recursos, lo que supone el reconocimiento a la gestión general de los recursos de atención por parte de los familiares, especialmente las mujeres (esposas, hijas y hermanas, nueras y sobrinas, etc.). Esta perspectiva la recoge el propio cuidador inmigrante:

«Cuando llegaba la nuera del trabajo, justo yo la había cambiado de pañales, bañado, dado el desayuno, levantado y dado de comer. Estaba lista para descansar la siesta» (EC-9, 5).

- En los casos en los que las personas mayores dependientes viven solas en el domicilio, la persona cuidadora tiene que afrontar el conjunto de la gestión de la casa; se le demanda una posición «*como un ama de casa*», aunque cuente con la colaboración de los propios mayores (sobre todo de las mujeres para guisar o cuidar la ropa) o de otros miembros de la familia (hijas que hacen la compra o las comidas; hijos que gestionan facturas, pagos, etc.; otros que acompañan en las salidas o al médico, todos que realizan acompañamiento al mayor, etc.). Pero el «ama de casa» se convierte en un ama de casa supeditada o vigilada, nunca autónoma, aunque el trabajo del cuidado al mayor se hace extensivo a la atención del hogar. La preferencia en estos casos es hacia la modalidad de *interna* para que cubra el horario de la noche para tranquilidad de la familia; esto abre un nuevo frente horario porque, en ocasiones y durante determinadas etapas de las demencias seniles, se vuelve coextensiva la atención a las 24 horas del día/noche:

«Necesitaban a alguien de confianza para cuidar a su madre porque no la querían dejar sola. *Estaban cada día un hijo y se agobiaron*; decidieron contratar una persona *interna pero de confianza*» (EC-8, 3).

«El señor gritaba, se levantaba por la noche y hasta se hacía daño; había que atenderlo y estaba predispuesta toda la noche. Pero *no es posible noche y día*» (EC-19. Mujer marroquí).

- Por su parte, en los casos de trabajos *por horas* también la diversidad es grande, dado que para una sustitución en los *domingos* durante doce horas se demandan las mismas tareas complejas que para el resto de los días y no es el simple acompañamiento de unas horas por la tarde o la mañana para charlar o pasear. Pero a veces *unas horas* pretenden también cubrir alguna tarea específica o todas a la vez, como limpieza de la casa, preparar comida, cuidado de la ropa o atención personal levantando y acostando al mayor:

«Estaban desesperados (los hijos) porque necesitaban a una persona urgente; ofrecían unas horas y me decían: "sólo limpieza, es para mis padres". Pero yo los veía sentados con 93 y 94 años y no sabía si se podían mover. "No, no necesitan ayuda", me decía la nuera, "por favor, animate." (EC-12, 15. Mujer boliviana cuidadora de un matrimonio de personas muy mayores por horas).

Todas las situaciones anteriores se ven reforzadas o delimitadas por los recursos complementarios que se ponen a disposición de las personas mayores dependientes. En un extremo se encuentra el caso de la no existencia de familiares cercanos, por tanto el mayor vive solo, y cuando no se cuenta más que con el recurso de atención por horas (situación de EC-17. Mujer peruana que atiende dos horas a un señor dependiente: levantarlo, darle las medicinas, preparar comida y limpieza general de la casa). Caso que puede extremarse cuando la atención por horas es para varios miembros del grupo familiar en situaciones de gran dependencia: mujer ucraniana de 65 años, EC-20, que atiende a señor muy enfermo con una mujer mayor de 88 años y dos hijos en sillas de ruedas.

En el otro extremo encontramos los casos de múltiples recursos de atención, sucesivos o simultáneos, sean de naturaleza pública o privada: la situación de EC-15, Varón ecuatoriano que atiende a señor enfermo en calidad de enfermero principal durante el día, a las órdenes del médico privado que visita diariamente al paciente y que, a la vez, cuenta con los servicios de otro cuidador para la noche, a lo que se añaden los servicios de una fisioterapeuta y de otras mujeres para preparar la comida y hacer limpiezas. En la gestión del conjunto está la señora de la casa, hija del mayor atendido, que ha establecido un complejo sistema de atención privado. En ocasiones se conjugan múltiples recursos privados y públicos, tal como encontramos en el caso de EC-14, mujer peruana que trabaja como seminternista atendiendo a un matrimonio mayor que vive solo, aunque de quien se tiene que preocupar principalmente es de la señora: la levanta y le da el desayuno, pero el aseo personal, cambiarla y vestirla lo realiza el SAD; a continuación ambos recursos suben a la señora a una furgoneta adaptada para encaminarla al Centro de Día público, en donde come y le atienden hasta la tarde; cuando llega a casa la cuidadora le da la cena, la cambia y la acuesta. Este ritmo es de lunes a viernes; el sábado, no tiene el recurso del SAD ni se dirige al Centro de Día, pero desde éste le llevan la comida; el domingo la cuidadora tiene que hacerse cargo de todo: atender a la señora por completo, hacer la comida y estar con el matrimonio.

c) Las tareas percibidas: el punto de vista de los cuidadores inmigrantes

Una cosa es la demanda (más o menos explícita) que realizan las familias de los mayores dependientes y otra cómo la perciben y le repercute a los cuidadores. Podemos distinguir, según propone el *Cuadro 6. Tareas encomendadas a los cuidadores*, las tareas genéricas de las específicas pero también se puede advertir la complementariedad entre ambas.

Tareas específicas: entre el acompañamiento y la enfermería

La diferencia clave entre unas tareas y otras es que las *específicas* se centran en la atención a las personas, sea en la faceta de «*acompañamiento al mayor dependiente*» o en la consideración de éste como *enfermo*; en el primer caso se potencia una relación más activa que en el segundo, en el que se subrayan los aspectos de postración o dependencia del mayor enfermo. Por su parte, la figura del *cuidador-enfermero* parece ya admitida pero no es tan frecuente la del *cuidador-acompañante*. En la muestra de entrevistas realizadas encontramos un caso claro de *cuidador-enfermero* en EC-15, joven ecuatoriano contratado para atender a un señor enfermo precisamente por tener tres años de estudios de medicina en el país de origen: todos los días bajo supervisión médica lleva el control de la medicación (inyecciones y sondas), establece la dieta, traslada al «libro diario de vida» la temperatura, la tensión y las observaciones que realiza. Es decir, el cuidador-enfermero se constituye en principal decisor cotidiano sobre la

atención al mayor, con mayor protagonismo que los familiares; que van delegando funciones al saber bien atendido al mayor, termina convirtiendo el hogar en una clínica:

«El que tomaba las decisiones era yo, salvo casos complicados en que consultaba a la doctora (...) Tenía que estar al tanto todos los días de qué comía, dependiendo igual de los días y del estado de ánimo en que se encontraba; comunicaba a la que cocinaba que tenía que hacer tal comida, que le convenía. El contrato era que esas personas cocinaban, yo sólo le servía; iba a retirar su comida y se la servía» (EC-15, 6 y 9).

CUADRO 6

Tareas encomendadas de cuidado

TAREAS GENERALES			TAREAS ESPECÍFICAS
Atención completa al hogar			Atención sólo a personas
Casa	Personas Acompañamiento	Enfermedades	
Limpeza, cuidado casa	(Bienestar)	<i>Dama de compañía</i>	<i>Técnico de enfermería</i>
Limpeza, cuidado cuarto baño	Aseo personal	Atención emocional	Atención sanitaria:
Limpeza, cuidado habitaciones	Levantar/acostar	Soledad/compañía	medicación, inyectar, sonda
Comida: preparación comida	Dar comidas	Depresión/escucha activa	Atención física: fisioterapia (masajes)
• limpieza cocina	Vestir	Labor-terapia	Atención continua: aseo personal, dieta y compañía
• compra	Atención sanitaria: medicamentos, ejercicios		
Ropa: lavar, planchar, ordenar	Atención continua: vigilancia (caídas), movilidad en casa.		
	Movilidad calle: paseo y acompañamiento gestiones		
	Acompañamiento personal: «hablar» y compañía		
<i>Horario de atención: diurno</i>	Día y/o noche	Diurno	Día y noche (casa hospital)
<i>Prolongación de la atención:</i>			
Varios cuidadores	Paso a cuidar en varias casas (de otros hijos: sistema de rotación)	Paso a cuidar en varias casas (de otros hijos: sistema de rotación)	
<i>Otros recursos complementarios:</i>			Paso a cuidar en hospital (situación terminal) el mismo cuidador
SAD, empresas de servicios, etc	Paso a cuidar el mismo cuidador en residencias	Centros de Día	

En este caso, el trabajo del cuidador-enfermero era «dedicarse sólo al señor, nada más» (EC-15, 6) en cuanto enfermo. Por su parte, en el ejemplo de EC-13, joven colombiana, especializada en gerontología social, le propusieron hacerse cargo de una señora mayor por las tardes, dado que al enviudar estaba desarrollando problemas de *depresión*: no quería hablar en las casas de los hijos, por las que iba rotando por temporadas para que no estuviera sola. La demanda de la familia era de una *cuidadora-acompa-*

ñante para que hiciera actividades con la madre viuda con síntomas de depresión vital. Veamos cómo lo describe la cuidadora:

«Las tareas específicas que yo hacía eran para *rellenar la tarde*: salir a caminar, charlar durante el paseo y refrescarle la memoria para el Alzheimer, merendar juntas, hacer labores manuales, jugar al dominó y otros juegos de mesa, también leer artículos de prensa y comentar lo que pasaba, las noticias. A estas tareas sería importante añadirles el contacto con otras personas mayores, que se acercaran a Centros de mayores. Pero desde el trabajo personal lo fundamental es la escucha activa del mayor, atender a lo que realmente están demandando: ese el mayor problema de las persona mayores con sus familias: que no se sienten escuchados; *sienten que ya lo que ellos dicen no cuenta*» (EC-13, 3).

Otras figuras de menor calado de esta categoría de cuidados específicos de un acompañamiento son las que aparecen con la denominación de *dama de compañía*, casos de EC-18 y EC-16. EC-18 pasa del domicilio a la residencia para atender (acompañar) a la misma señora con Alzheimer y en EC-16 se opone esta figura a la del especialista sanitario o enfermero. Se declara que cuando la demanda trata de cubrir la atención de una persona sana, con movilidad pero necesitada de acompañamiento (hablar y relacionarse), esta figura no especializada sería la adecuada:

«Para servir como *dama de compañía*, acompañarla todo el tiempo, no se necesita ser profesional; ya cuando el anciano esté *en cama*, que ya no se pueda valer por sí mismo, entonces pienso que sí *necesita una persona más profesional*» (EC-16, 8).

Tareas genéricas del cuidado: entre la atención a personas y domicilios.

Por su parte, las tareas genéricas de atención a mayores dependientes también muestran una clara diferenciación entre la atención a personas y al domicilio, sea que se priorice a aquéllas o a éste, tal como se recoge en el Cuadro 6. *Tareas encomendadas a los cuidadores*. De modo generalizado en las entrevistas realizadas, a la pregunta sobre las tareas encomendadas por las familias al cuidador, aparece una respuesta que los engloba: «todo», refiriéndose a que su obligación es la atención completa al hogar, es decir, la casa y las personas mayores (véase los casos de EC-1,4, EC-4, 3, EC-5, 3 y EC,19, 3). La asunción de *todo* se realiza fácilmente por la asimilación de este trabajo al del ama de casa o, en definitiva, al servicio doméstico:

«*Hago todo en la casa, como un ama de casa; como si estuviera en mi casa*» (EC-1, 4 y 5).

Esta asimilación entre sectores laborales permite el tránsito natural desde el servicio doméstico al cuidado de personas mayores dependientes, tal como se ha expuesto, en los casos en que se comienza en el primero y con el paso del tiempo se prioriza la atención a las personas que se han ido haciendo mayores sobre el resto de tareas. Es la situación de EC-19, mujer marroquí que llegó a trabajar de interna pero se encuentra cuidando al señor enfermo de la familia y es, también, la situación de EC-5, mujer filipina que lleva más de 24 años atendiendo el mismo hogar y ahora se centra en el cuidado de la señora afectada de Alzheimer.

En ocasiones, se distinguen las tareas del *cuidado a las personas*, calificándolas de *acompañamiento o dedicación* (EC-6, EC-13 y EC-2: «Dedicarme a la señora»). En tales casos, el «todo» inicial puede incluir la

atención nocturna además de la diurna en situaciones de demencia senil (gritos, levantarse por su cuenta, etc.; ver EC-19, EC-10 y EC-4) y el seguimiento de la atención en el hospital, una vez internado el enfermo (ver EC-10, EC-7; ambos casos de cuidadores varones) o en una residencia (EC-18). Sin embargo en esta situación aparece con nitidez la *marca de género*: cuando la persona inmigrante entrevistada dice que se dedica sólo a atender a personas mayores, si es mujer nos está indicando que preferentemente hace eso pero además el resto de la casa, que asume como tarea de mujeres (ver EC-14, EC-11, EC-2 y EC-1); en cambio, si es varón, el «solamente cuidar a los viejitos» de EC-7,4, tiene un contenido más realista. De los tres casos de varones de la muestra, dos son externos (EC-7 y EC-15) y otro interno (EC-10) pero en los tres la familia cuenta además con otros recursos de atención al mayor, que se encargan de la atención a la casa y comidas, y de las noches (monja en EC-7), sean de carácter privado, público o religioso. En su haber cuentan los varones el ser quienes han prolongado la atención a la persona enferma en el hospital (EC-7 y EC-10) pero no en la residencia (caso de EC-18, mujer dominicana):

«Entonces cayó de una vez enfermito (...), ya la tos no le dejaba por el pulmón. Cayó al hospital, entonces los familiares preocupados: ¿quién le iba a atender en el hospital, quién iba a estar con él? Yo voy y les digo: «no hay problema, yo estoy con él, ustedes me están pagando por algo; yo tengo mi obligación y derecho de cuidarle. Yo duermo con él en el hospital». Y me dicen: "pero cómo te vas a dormir en una silla". Y respondí: "yo, por mi abuelo, puedo hacer todo; yo por él lo hago todo". Entonces yo amanecía cuidándole ahí y todas esas cosas» (EC-10, 7).

Por su parte, cuando se distingue como *prioritaria la atención a la casa*, suele tratarse de la oferta de trabajo *por horas* y bajo el supuesto de que la persona mayor no es dependiente personalmente. El caso de EC-12 Mujer boliviana que atiende durante dos horas y media diarias a un matrimonio de 94 y 93 años respectivamente presenta con claridad esta modalidad de atención preferente a la casa:

«Me decían (los hijos al contratarme): "sólo limpieza, sólo limpieza"» (EC-12, 5).

En este caso las tareas de limpieza de la casa realizadas eran: hacer los dormitorios y cuarto de baño, fregar la cocina, preparar comida (la abuela guisaba para sentirse útil) y tender la ropa (la hija iba a lavar y planchar) pero, también, se entendía que había una atención mínima a los mayores: alcanzarles lo que no podían coger, recogerles cosas que necesitaban, lavarlos y asearlos, comprar las medicinas y estar al tanto para que las tomaran. En suma, *limpieza sí y atención personal también*, aunque los mayores a pesar de la edad avanzada tenían un alto grado de autonomía (control de la economía doméstica, salir a pasear el señor, etc.). En general, en estos casos en los que las tareas encomendadas basculan hacia la atención de la casa también aparecen indefectiblemente otras tareas que son de atención a las personas mayores, derivadas de las deficiencias de la edad o de la salud de las mismas.

Podría pensarse que el *tiempo* de dedicación a las tareas encomendadas marcara una diferenciación importante entre quienes se desempeñan como internas o externas, es decir, a tiempo completo (de 6 a 12 horas al día), y quienes lo hacen a tiempo parcial o por horas (de 6 a 12 horas a la semana). No obstante, si repasamos los relatos de las entrevistas realizadas no se cumple esta suposición claramente. Así en el caso de EC-20, Mujer ucraniana jubilada, de 65 años, en las dos horas diarias de atención a un matrimonio mayor con dos hijos en sillas de ruedas debe limpiar la casa, fregar la cocina y baño, poner la lavadora y planchar la ropa, a lo que añade *voluntariamente el dar masajes a los hijos paráliticos*. Tareas que en poco se diferencian, excepto en lo relativo a la comida y al acompañamiento, de las que tienen

abordar quienes dedican toda la jornada. Desequilibrada, al menos, encontramos esta situación con la de EC-15 Varón ecuatoriano que atiende durante 12 horas a un solo mayor enfermo, quien cuenta además con fisioterapeuta, enfermero de noche y servicio doméstico para limpieza y cocina.

c) La incidencia de la situación familiar del cuidador: la reagrupación familiar

Si observamos el *Cuadro 5. Modalidades de atención y situación familiar del cuidador* aparecen varias constantes:

- En la modalidad de *interna* se desempeñan principalmente personas inmigrantes solteras (EC-1, EC-5, EC-19, EC-14 y EC-8) y que no han realizado el proceso de reagrupamiento familiar ni la constitución de un nuevo grupo familiar o, también, quienes teniendo familia propia los hijos son ya independientes y han formado su propio grupo familiar allí y no piensan venir (EC-16) o los hijos ya han venido a Madrid pero viven por su cuenta (EC-6). Con todo es llamativo el caso de EC-10 Varón ecuatoriano que teniendo a su esposa en Madrid entró a trabajar como interno, suponiendo la separación temporal de la misma y el no ahorro del alojamiento familiar. En general, la opción por la modalidad interna supone la ventaja comparativa del ahorro (alojamiento y comida) para el cumplimiento del proyecto migratorio, sobre todo en las primeras fases del mismo.
- Por el contrario, quienes se desempeñan en las modalidades *externa* y *por horas*, todos han realizado la reagrupación familiar, total o parcial, excepto los casos de EC-13, estudiante colombiana que prefiere dichas modalidades para reservarse tiempo de estudio, y EC-20, mujer jubilada y soltera que ve su situación obligada por no encontrar otra cosa: no piensa en reagrupar a su madre de 84 años muy enferma en Ucrania.

Si desde el punto de vista de las familias, en casos de necesidad de las personas mayores y de contar con recursos suficientes, la preferencia se orienta a ofertar trabajo en la modalidad de interna, también parece que la preferencia a aceptarlo entre los inmigrantes se produce cuando sus propias circunstancias familiares lo permiten, es decir, cuando no tienen que atender a un grupo familiar aquí (estar soltera o no haber realizado la reagrupación familiar). Sin embargo, cuando las circunstancias familiares de los cuidadores entran en colisión con los requerimientos temporales de la oferta de las familias suele producirse una escisión para proteger los intereses de estos últimos. La colisión de intereses puede originarse, por un lado, porque cambien las necesidades de atención de los mayores y sus familiares (demandando más tiempo de atención), ofertando transformar la modalidad de por horas a jornada completa o de ésta a la de interna o, por el contrario, porque cambie la situación familiar del cuidador, sobre todo por el hecho de producirse la reagrupación familiar:

«Me ofrecieron un trabajo de interna y estuve un año y medio con esa familia y los señores fueron excelentes, me ayudaron mucho, incluso a traer a mi marido. Pero él vino a trabajar a parte. Pero como él ya llegó, yo del dije que si querían de externa. Pero no, como tenían que atender a la madre, que siempre hay que estar al cuidado de ella, pues querían una interna» (EC-17,2)

«Cogí el trabajo de interna porque no tenía aquí a mi familia, estaba sola y la señora me lo ofreció. La señora me hizo los papeles, me pagaba la seguridad social... A la señora le caí muy bien y era muy buena conmigo; todo bien. Ya traje a mi hija y le dije: "Señora, me voy". Y me respondió:

“Te subo un poco más pero no quiero que te vayas”. Y yo le he dicho: “Señora, *no es por dinero, sino que tengo a mi hija aquí. Quiero que lo entienda*”. Y la señora me dijo que lo sentía muchísimo, que le daba mucha pena que me vaya» (EC-11, 6).

En los casos relatados la negociación no logró resolver la colisión de intereses y se produjo una situación de deuda moral entre el cuidador y la familia. El cuidador siente el agradecimiento de haberse visto ayudado a regularizar la situación de los papeles o a reagrupar a miembros de su familia, situación que a la postre ha provocado el desencuentro; por su parte, los familiares del mayor ven con desagrado (pena) quedarse en la estacada (volver a empezar a buscar). Sin embargo, cuando la negociación trata de encauzar las modalidades de externa o por horas hay un margen mayor de maniobra, porque puede acomodarse el horario o las tareas encomendadas, dado que no se pretende la ocupación de todo el tiempo o la realización de todas las tareas. En el caso de EC-12, mujer boliviana a la que ofertaron trabajo por horas de lunes a sábado, ésta hizo una contrapropuesta de reducirla del lunes al viernes, porque debía atender al propio grupo familiar; contrapropuesta que finalmente fue aceptada, reduciendo proporcionalmente el sueldo, aunque posteriormente se volvió a situar en la misma cantidad.

En suma, en los casos en que el cuidador cuenta con el grupo familiar aquí debe poner condiciones para preservarlo (se ve condicionado por el mismo). En estas situaciones el cuidador suele encontrarse regularizado (condición necesaria para efectuar legalmente el reagrupamiento familiar), lo que le permite una mayor capacidad de negociación frente a la oferta de los familiares; y por otro lado, si se trata de una cuidadora, ésta se verá condicionada desde la asignación de género por la asunción de las tareas del propio hogar, lo que implica poner límites horarios a la oferta laboral externa. Aunque no es lo habitual, a veces participan de esta sensibilidad los varones:

«Ahora estoy con mi familia y la cosas son diferentes; ahora necesito tiempo para la familia. La familia es lo principal» (EC-15. Joven ecuatoriano que ha reagrupado recientemente a la esposa e hijas).

2.1.4. Momento posterior: satisfacción actual y expectativas

Siguiendo el esquema que presenta el *Cuadro 2. Perspectivas en el análisis del trabajo de cuidado a personas mayores por inmigrantes*, el «momento posterior» de la atención a personas mayores dependientes es el tercer momento sincrónico; se entiende que se puede seguir en el sector pero que ha existido otro tiempo (el segundo momento) sobre el que se puede volver la mirada para evaluar la satisfacción sentida e, incluso, para aventurar las expectativas que se proyectan sobre el sector del cuidado a personas mayores con necesidades de atención. Por su lado, la perspectiva migratoria incide en este momento de forma particularmente intensa, al proyectar una vida estable aquí o por seguir manteniendo la tensión del retorno a corto o medio plazo; en este punto, la existencia o no (aun en perspectiva) de un grupo familiar consolidado o por formar entra como un factor determinante.

Presentamos ahora de las veinte entrevistas realizadas, las manifestaciones de satisfacción que se deriva de la actividad o presencia en el sector del cuidado a personas mayores y, particularmente, la derivada de las condiciones labores y las relaciones personales a que dan lugar con la familia del mayor atendido.

SATISFACCIÓN POR LAS CONDICIONES LABORES Y LAS RELACIONES HUMANAS

Al exponer los motivos para acceder al sector (ver apartado 3.2), se observó que la muestra entrevistada de cuidadores se segmentaba entre quienes afirmaban rotundamente que *no era su sector laboral* (no les gustaba; nunca habían pensado en desempeñarse en él; se habían cualificado para otros trabajos, etc.), quienes se sentían satisfechos en el mismo y aun reconociendo dificultades o deficiencias (poco sueldo y mucho horario; carácter imprevisible del mayor o la familia; excesivo trabajo, etc.) las exculpaban «por ayudar» a los mayores necesitados de su atención y, finalmente, quienes no dudaban ni un momento en seguir en el sector por encima incluso del desarrollo de su profesión anterior. Pues bien, estas posiciones se vuelven a reproducir al manifestar la opinión sobre la satisfacción sentida en el desarrollo del trabajo realizado.

En primer lugar, el grupo más importante de entrevistados se declara satisfecho (EC-5, EC-6, EC-7, EC-9, EC-10, EC-11, EC-13, EC-14, EC-15, EC-16, EC-17, EC-19 y EC-20) respecto al trato recibido por el mayor y los familiares, mientras que un grupo minoritario señala su disgusto por los horarios tan prolongados (EC-1, EC-15) o el sueldo escaso (EC-2, EC-1) y, a veces, se muestra la sensación de ser «estafado» en las condiciones laborales y personales (EC-3). Respecto a las *condiciones laborales* del sector se enfrentan dos perspectivas, que se entrecruzan y hacen difícil una valoración de este punto: por un lado, aparece una situación de *autoestima* generalizada entre los cuidadores, basada en el «saber hacer» (EC-19, EC-3), el «sentirse capacitados para atender bien» a los mayores (EC-14, EC-17) y por la obtención del «reconocimiento de las familias» (EC-7, EC-10, EC-15, EC-16). Esto genera confianza y, sobre todo, eleva la categoría de la tarea y del trabajador:

«Te tienen en cuenta como persona, eso no pasa cuando haces limpiezas» (EC-13, 10).

Por otro lado, se acentúan algunos aspectos insalvables, como que trabajar (poner todo el afecto en la atención) con ancianos produce ansiedad o depresión al situarse en primer término las pérdidas afectivas, es decir, se trata de una situación de continuo duelo por las muertes a las que se asiste: un sector donde siempre está presente la realidad de la muerte. Para atender a esta situación se reclama, desde la especialidad de gerontología, el parapeto de la profesionalización, esto es, la realización de un trabajo interior previo y continuo por parte del trabajador-profesional que le permita la objetivación y cierta separación afectiva de cada persona o trabajo de cuidado, para preservar su salud personal y profesional:

«Lo que sí me da tristeza es que estoy con personas que van dejando este mundo; entonces esto es muy triste» (EC-8, 7).

«Hay muchas personas que cuidan a mayores en situaciones complicadas (Alzheimer, etc.) y se les crea una situación personal muy difícil; si no tienen capacitación, se van a volver locos ellos en un momento y no van a poder responder de su trabajo» (EC-13, 11).

Y finalmente se recurre a la observación personal y a la constatación de que en el sector se produce *explotación* laboral, porque en España los ancianos están abandonados, el Estado no vigila el cumplimiento de la normativa laboral y la familias arrinconan a los mayores como trastos viejos. En suma, sin los trabajadores inmigrantes el sector quedaría a su suerte. Sin embargo, en la muestra entrevistada sólo un caso (EC-1) denuncia directamente su situación de irregularidad laboral por comodidad de la familia

empleadora; lo más frecuente es el recurso a poner en boca de conocidos situaciones de explotación inadmisibles (EC-8, EC-11):

«La que me contrata es la hija. Yo tengo mi tarjeta de residencia y me dijo la señora que me iba a inscribir en la Seguridad Social pero no lo ha hecho, no me ha asegurado; eso me fastidia. Se lo he dicho y me contestó que "como había mucha gente en la cola que se fue". ¡Claro, me lo ha dicho pero con mala cara! Y yo le dije: "déjelo, si no puede". Porque, a veces, uno se cansa por el trato que te dan; te hacen sentir mal, porque uno no puede estar aguantando todo lo que hagan, porque seamos empleadas del hogar no me van a tratar de humillar» (EC-1, 6-7).

«No ha sido mi caso, yo he tenido un privilegio muy grande pero conozco personas que han estado un mes, dos meses de internas y no les han pagado ni siquiera lo que les habían prometido; conozco muchísimos casos. Bueno que han cuidado ancianos, que se han tenido que quedar en hospitales noches y noches y ni un aumento de salario, les han pagado igual. También cuando han tenido que salir de noche, se dice: "está la asistenta". *Abusan de las personas indocumentadas*» (EC-8, 9).

En esta situación de desregulación (sector laboral no controlado, situación migratoria desbordada, poco interés social por los ancianos), las condiciones laborales se sitúan entre lo tolerable y lo intolerable dependiendo de la suerte de cada cual (EC-17) y de la combinatoria entre posición de las familias (de buen o mal carácter) y las (buenas o malas) ofertas laborales: la buena alineación de los dos factores harían excelente el desempeño en el trabajo y la mala haría desembocar en el abandono del mismo. Veamos en particular estos aspectos, las condiciones labores y las relaciones personales, comenzando por las condiciones de salario y los horarios de trabajo:

a) El salario: oferta contenida y demanda pendiente de la regulación

Respecto al salario percibido se declaran varias posiciones netas: la de quienes se muestran satisfechos, comparativamente hablando, porque han ganado más que en anteriores trabajos o en otros sectores (EC-17); los que reclaman mayor recompensa, por el esfuerzo personal que supone atender a personas mayores dejando sin atender a los propios (EC-2); y, finalmente, quienes describen la situación como fraude laboral (EC-3). La primera posición es la más frecuente, la última suele ponerse en boca de otros, y la segunda posición es la intermedia. Sin embargo, si observamos el *Cuadro 7. Salarios y horario, situación regularizada* obtenemos la situación de hecho.

- En la *modalidad de trabajo interno* el sueldo neto (sin contar el descuento realizado por alojamiento y comida) se refiere al conjunto de la jornada, pero no es igual dedicar 55 horas a la semana que 74 (EC-16), ni es lo mismo estar de alta en la Seguridad Social que no estarlo (EC-1, EC-10, EC-14 y EC-16). Respecto a este punto, sólo el caso de EC-1 podría estar dado de alta y no está, lo que ha supuesto una reivindicación ante la familia y un motivo de disgusto real; el resto, al encontrarse irregular no pudo acceder a la misma; en los otros cinco casos que están regularizados, todos están de alta en la Seguridad Social. Desde este punto de vista, los trabajadores internos no reflejan el tópico de la irregularidad fiscal del sector pudiendo estar regulares, sino todo lo contrario. Por su parte, tampoco existe una correspondencia clara entre irregularidad y sueldos más altos, como compensación a la falta de cobertura en la seguridad social: se observa que los sueldos mensuales más altos, con menos horas

CUADRO 7

Salarios, horarios y situación regularizada

INTERNAS				
N.º encuesta	Salario/mes	Horas/semana	Seguridad Social	Regularización
EC-1	510	60	No	Sí
EC-4	600	55	Sí	Sí
EC-5	841	55	Sí	Sí
EC-6	800	55	Sí	Nacionalizada
EC-10	780	55	*No	*No
EC-11	510	55	Sí	Sí
EC-14	600	60	No	No
EC-19	480	60	Sí	Sí
EC-16	600	74	No	No
SEMINTERNAS				
EC-8	480	30	**No	Sí (en trámite nacionaliz.)
EC-14	400	30	No	No
EXTERNAS				
EC-9	4 euros	32	Sí	Sí
EC-15	4 euros	55	Sí	Sí
EC-17	5 euros	30	Sí	Sí
POR HORAS				
EC-2	3 euros	12 (domingo)	No	Sí
EC-3	3 euros	12 (domingo)	No	No
EC-7	5 euros	15	No	Nacionalizada
EC-12	5 euros	12	No	No
EC-13	4,5 euros	24	No	Sí (estudiante)
EC-18	7 euros	8	No	Sí
EC-20	4,5 euros	10	No	No

** Está dada de alta en la Seguridad Social en el empleo del sector limpieza de oficinas.

* Consiguió la regularización y está dado de alta en la Seguridad Social pero fuera del sector.

de trabajo semanales, los reciben quienes tienen también seguridad social pero, a la vez, los sueldos más bajos, con jornadas prolongadas (60 horas semanales de trabajo) también los reciben quienes están regularizados y tienen seguridad social. Quienes no están regulares se sitúan en posiciones intermedias de sueldo y horarios, excepto EC-16 mujer peruana que declara 74 horas semanales, sin seguridad social, por 600 euros al mes. Teniendo en cuenta el horario de trabajo y el salario percibido, la diferencia entre unos casos y otros está entre percibir 4 euros a la hora o percibir la mitad.

- En los dos casos de la nueva figura de *seminterna* se hace difícil la comparación con el resto, debido a la laxitud en la obligación o no de realizar determinadas tareas. En general, sabiendo que al no estar regular no puede estar de alta en la seguridad social y que el tiempo de 30 horas semanales de trabajo no es estricto, se puede estimar que el salario se sitúa en la parte alta de la modalidad de interna, es

decir, 4 euros por hora de trabajo. Además hay que tener en cuenta que, como ocurre con EC-8, pueden estar de alta en la Seguridad Social en otro sector en el que se desempeñen en el tiempo libre del cuidado a personas mayores.

- La *modalidad externa fija* se comienza a considerar cuando se trabaja 25 o más horas a la semana, que según lo declarado afecta a tres casos situados entre 30 horas (EC-17) y 55 horas (EC-15), quedando en 32 EC-9; todos ellos están dados de alta en la Seguridad Social y el salario por hora es de 4 euros en EC-9 y EC-15 y de 5 euros por hora en EC-17. El salario neto es superior al más alto de la *modalidad de interna*, aunque sin alojamiento pero sin tener que cumplir las horas de presencia de la misma.
- El resto de la muestra contemplada se refiere a la modalidad *por horas*, en ella se observan dos situaciones diferenciadas: la de quienes se emplean en la variante de sustitución en domingos o fiestas de otros cuidadores por 12 horas seguidas (EC-3 y EC-3), que bien se podría denominar *por jornada*, y la de quienes echan pocas horas cada día: EC-18 Mujer ecuatoriana que compatibiliza 8 horas semanales con su empleo fijo en una Residencia de ancianos; EC-20 Mujer ucraniana, jubilada, con 10 horas semanales; el resto dedica entre 12 y 24 horas a la semana. Ya vimos que las tareas exigidas no siempre guardan proporción con el tiempo dedicado; ahora podemos observar que si bien EC-18 recibe 7 euros, la máxima cantidad por hora, por acompañar en una Residencia a una mujer internada aquejada de Alzheimer, quienes menos reciben por hora son precisamente los casos en que trabajan más horas por día (EC-2 y EC-3), como si el trabajo de suplencia del cuidador principal tuviera un salario de segunda y desmintiendo el tópico de que quien más tiempo trabaja por horas mejor sueldo recibiría.

b) Horarios impuestos: entre la jornada extenuante y la necesidad de otro empleo

- La jornada laboral de quienes se desempeñan como *internas* puede llegar a ser coextensiva con la jornada del calendario, lo que hace difícil valorar el tiempo que pondera cada entrevistado en su jornada diaria o semanal (en casos se tiene un día completo libre y en otros día y medio). Según lo declarado en las entrevistas, la atención se extiende desde 55 horas a la semana hasta 74, sin que se registre una relación directa entre más salario cuantas más horas de dedicación, tal como hemos visto anteriormente. Como caso especial conviene destacar la nueva figura de *seminterna* que, desde la perspectiva de externa, estaría cubriendo una jornada completa, es decir, más de 25 horas semanales pero que les permite complementarla con otro trabajo en otro sector (caso de EC-8 que dedica otras cinco horas diarias al sector de limpiezas de oficinas, en donde se encuentra dada de alta en la Seguridad Social); se trata, en suma, de una doble jornada en trabajos mercantiles, sin que ninguno polarice la identidad del cuidador.
- En la situación de *externa fija* se observa una relación directa entre quienes se encuentran regulares y están dadas de alta en la Seguridad Social, aunque la variación horaria es muy amplia: de 30 a 55 horas semanales. Este último caso (EC-15: «A horario completo; no te da tiempo a nada») puede considerarse de *falsa externa*, dado que alcanza el horario de muchas de las que se desempeñan como externas.
- La situación horaria menos predecible es la modalidad *por horas*, desde 8 horas semanales a 28 (sobrepasando este caso lo permitido para la modalidad), siendo precisamente la nueva modalidad de *a jornada* completa en donde menos se paga (3 euros hora), tal como se ha indicado. En ninguno de estos casos se exige el estar dado de alta en la Seguridad Social por cuenta ajena pero en la muestra

se observa que varios casos lo están en otro trabajo (EC-18, trabajando en una residencia de ancianos) o en otro sector (EC-12), porque consideran el cuidado a ancianos en el sector privado como complemento del trabajo verdadero.

En suma, desde el punto de vista horario, la actividad del cuidado a personas mayores dependientes se encuentra entre la exclusividad (y a veces la extenuación: 74 horas semanales) o la consideración de complemento laboral del trabajo verdadero (con un mínimo de 8 horas semanales), por lo que hace casi imposible uniformar el sector. Sin embargo existe una reclamación ante el progresivo aumento de tareas y tiempo de dedicación que imponen las familias al margen de la negociación inicial y que el cuidador debe saber manejar para no verse invadido en sus derechos laborales:

«Van agregándole a uno cosas y obligaciones... y de salario no se habla. De eso sí me he dado cuenta» (EC-8, 4).

c) Las relaciones en el ámbito de la atención a mayores dependientes: complejidad de la «relación de cuidado».

Gran parte del desempeño en el trabajo del cuidado a personas mayores se basa en la relación personal del cuidador con la persona mayor y la familia de éste. Por supuesto, dadas las modalidades de atención, parece que la relación más intensa se debería producir cuando el cuidador es interno y vive solo en el hogar con la persona atendida; por su parte, la relación menos intensa sería la del cuidador externo trabajando pocas horas en días alternos y en varios domicilios. No siempre es así, dado que la relación personal tiene un componente afectivo en el que juega mucho la forma de ser del cuidador y del atendido y que no se ve sometida principalmente al factor tiempo de contacto. Más que hablar de tiempo de dedicación, en este apartado se podría decir *intensidad de relación*, que puede llegar a ser tal que simula el vínculo de parentesco e, incluso, el de filiación, tomado éste como el mayor posible. Así varios entrevistados declaran que en la casa de la persona atendida se sienten «como en su casa» (EC-8), «como en familia» (EC-14), que son tratados «como hijos» (EC-7) o que los atendidos son considerados «como sus abuelos» (EC-10). Podemos considerar estas declaraciones como retóricas pero también se observa que tienen repercusiones pragmáticas: en unos casos, cuando se plantea la situación, será el cuidador quien acompañe al atendido al hospital (EC-7, EC-10) o a la residencia (EC-18) para atenderlo, cual si se tratara de un familiar próximo y, en otros, se discute con otros parientes del mayor en términos cotidianos de parentesco, es decir, si el cuidador es quien está continuamente junto al mayor, se reclama su espacio de autonomía para tratar al mayor, autonomía que no puede verse interferida por prescripciones de quienes no conviven diariamente con el mismo:

«La sobrina me regaña, me chilla porque hago la comida a la perra (a la que la mayor con Alzheimer confunde con su hija) y me dice que no tengo que hacer esas cosas. Pero yo le digo que es diferente porque yo soy quien vive con ella. Es que yo soy quien está con ella y yo por tratar de llevar las cosas... hago lo que la señora me dice» (EC-4, 5).

Relaciones entre el cuidador y las personas mayores dependientes

Si, en general, las declaraciones de los cuidadores sobre su relación con las personas mayores que atienden parecen ponderadas, no obstante presentan muchas matizaciones. Por un lado, se reconoce que las

personas mayores ya sufren un desgaste físico y/o mental que les hace «irresponsables» de muchas cosas que hagan o digan, por lo que lo fundamental para tratarlas bien es la *paciencia* y no tener en cuenta ciertos arrebatos de genio, derivados de un carácter fuerte del español («saberlos llevar», EC-1, EC-8 y EC-19) o de una educación excesivamente estricta (franquista, EC-13); por otro lado, la vejez implica soledad y lo que los mayores demandan es compañía, es decir, *escucha y cariño*. Los cuidadores declaran poseer estas cualidades: paciencia, escucha y cariño, a las que añaden el sentido común (EC-12); aunque les falte en ocasiones formación profesional académica, la *experiencia* y el interés les habían capacitado de modo suficiente. Desde la propia perspectiva del sector de la inmigración, éste sería adecuado para el trato de personas mayores dependientes. Además se declaran otras cualidades específicas, necesarias para determinadas tareas de atención como la higiene íntima, el contacto físico, etc., como son el aprecio y la «falta de reparo o de asco»:

«Yo he trabajado en tres o cuatro sitios y en todos me quieren. Yo adoro a los «viejitos míos» porque no le tengo *ningún asco, los aprecio*. Nunca nos hemos enfadado ni ellos conmigo ni yo con ellos; *ellos me tratan como a un hijo*» (EC-7, 6. Varón dominicano).

«Captar uno (la situación, la personalidad del mayor) y también la *paciencia* que uno tenga porque si uno es una persona que no aguanta nada pues no es apto para cuidar a una persona mayor (...) Te tienen que indicar (cómo se hacen las cosas) y más que todo conocer si (el cuidador) es que *no tiene asco* de las personas. *Esas personas no serían adecuadas*» (EC-10, 21. Varón ecuatoriano)

La buena relación declarada, en ocasiones llega a ser tan absorbente que el cuidador se ve obligado a continuarla una vez dejado el empleo, es decir, prolongarla más allá del ámbito laboral, tal como se ha expuesto anteriormente: «La señora me veía como una salvadora» (EC-13). Frente a esta relación insana, se proclama la *empatía* recíproca pero sin dependencias (EC-14,7): «Nos llevamos muy bien; tenemos empatía».

Además de lo expuesto, aparecen dos particularidades que deben recogerse: una, la marca de género en la relación y, otra, la experiencia de la pérdida de la persona atendida. Respecto a la *marca de género*, la primera observación es que los tres varones entrevistados atienden a mayores varones y ellos mismos se explican, aunque no la compartan, la prevención de las familias ante la circunstancia de que un varón atendiera a una mujer e, incluso, a otro varón, tal como se ha expuesto (EC-10,24 y 25). Pero se ha obtenido una declaración más específica en EC-12, dado que una mujer cuida simultáneamente a un matrimonio y establece una diferencia en la relación con la mujer y con el varón: con la mujer establece una mayor cercanía por medio de charlas informales, cotidianas, cuando preparan la comida en la cocina y se interesan mutuamente por la situación de las respectivas familias; se establece un «contacto» estrecho por similitud de género, mientras que en el caso del varón nos dice: «Le tengo que sacar las cosas» (las palabras), siendo el momento más propicio cuando existe un contacto físico al arreglarle las uñas (ver EC-12, 16 y 17). Es un aspecto que requiere mayor profundización en posteriores aproximaciones.

El segundo aspecto es la *proximidad* que se produce entre cuidador y persona atendida *en el trance de la muerte*. Según expresan las personas entrevistadas, esta experiencia es de una intensidad tal que les ha dejado marcados (EC-7, EC-8 y EC-10); a la vez que les confirma como familiares próximos se trata del momento de la separación definitiva:

«La mujer había muerto (hacia años), yo estaba en el hospital con el abuelo y entonces amanecía; hacia las cinco o seis de la madrugada él empezó a desnudarse (...). Le digo: "abuelito, estamos mal". De nuevo le vestía todo; él se dejaba. Pero ahí me llama y me dice: "*mira, hijo, yo ya me voy de aquí, hazme el favor de prepararme mi maleta*". Le digo. "ay, abuelito, encantado, ahora mismo le preparo". Cojo la sábana, la voy doblando, la doblo y le digo: "ya está, abuelito, listo". "Gracias, hijo, ves así se hace una maleta". Entonces ahí empezó a nombrar a la mujer, decía: "*N., espérame, ya me voy porque este muchacho que está conmigo ya me arregló la maleta, ya me lo puso todo, está bien arreglada; ya me voy, espérate*". Y al rato que yo salgo del hospital, pasa una hora y falleció» (EC-10, 9).

«Murió primero la señora y después murió él. *He tenido la experiencia de ver cómo se iban apagando poco a poco*. Él mismo una tarde me dijo: "me estoy pagando". Dije: "no me diga eso". Dice: "*sí, siento que me estoy yendo de aquí*". Le repito que la experiencia ha sido muy grande» (EC-8, 2).

La percepción de los cuidadores sobre las familias: entre el agobio y la desresponsabilización

Donde se hace más compleja la perspectiva es a la hora de enfocar la relación que se establece entre los familiares y las personas mayores, desde el punto de vista del cuidador. Sin embargo, la relación de los familiares con el cuidador aparece libre de complejidad o problematicidad, excepto en el caso de EC-1 en el que la mala relación laboral (no dar de alta en la seguridad social, a pesar de haberlo prometido) se suma a las malas maneras en la relación personal por parte de la hija («es un poco alterada, grita bruscamente; luego va y te pide disculpas pero te hace sentir mal", EC-1, 5) que convive con la atendida y la cuidadora. El resto son relaciones elogiosas respecto al trato que reciben de la familia, seguidas de la correspondencia que los cuidadores muestran a los mismos.

El modelo de relación queda bien definido con la palabra «empatía», tal como hace EC-14, y se basa en la *confianza* que la familia deposita en el cuidador y que éste ha sabido ganarse a través de la *responsabilidad* en el trabajo de atención al mayor. El cuidador para la familia ha supuesto, en general, despejar el agobio que se produjo ante la situación de necesidad de atención del mayor; resuelto éste, suele percibirse desde los cuidadores que aparece una segunda etapa y es la del descompromiso de la familia: se distancian los tiempos de visita, se relaja la preocupación por la situación cotidiana del mayor, etc.; esa carga se le transfiere al cuidador. El agradecimiento de la familia al cuidador es sincero y, según las declaraciones de este último pervive más allá de la muerte del mayor (EC-7 y EC-10). Pero la relación, en definitiva, es asimétrica y, en cierto modo, perversa, es decir, a mayor confianza en el trabajo del cuidador, mayor desresponsabilización por parte de la familia. Esta ambivalencia envuelve el sentimiento del cuidador y éste observa que puede influir negativamente en su trabajo, tal como expresa EC-15, cuidador-enfermero en domicilio particular: su papel es laboral y si no pone coto al proceso envolvente de la familia («prácticamente me consideran uno de la familia») se prevén abusos bajo la capa de la confianza:

«La relación con la familia era casi afectiva-laboral porque me han tratado bien y yo siempre les he tratado con educación; *me decían que era uno más prácticamente de la familia*. Yo he sentido que a veces ha sido así pero uno va más por trabajar y el cumplir con su trabajo. Yo lo tomaba así, pero igual se siente uno cuando a uno le dan la confianza y uno también no tiene que defraudar. *No les he defraudado, al contrario, les ha ayudado en cosas que no me competían a mí*» (EC-15, 11).

Si se observa el segundo polo, es decir, la relación entre los familiares y las personas mayores desde el punto de vista de los cuidadores, el panorama se complejiza. En general, todos los entrevistados afirman que los mayores están bien atendidos por la familia en lo material (procurarle recursos de atención, entre ellos, el del cuidador) e incluso en lo personal (visitas, llamadas de teléfono, atenciones particulares cotidianas, etc.) pero existiría «algo» que no llegan a cubrir y que los cuidadores sí hacen: la escucha al mayor. Los familiares, inmersos en la vorágine de la vida actual, del trabajo, de la familia propia, no tendrían tiempo para los mayores y eso que en muchos casos se trata ya de personas jubiladas. Esta percepción la explica EC-14:

«A nivel material no hay ninguna carencia, tienen todo en ese sentido. Pero a nivel emocional, que no sé si es que son de distinta cultura, es que no lo sé, digamos que ahí hay una falta de afecto. Que, a veces, siento que lo que hacen lo hacen por compromiso: están un ratito con ellos; ven que están bien y se van. ¡Que no son cariñosos, como que piensan que darles un abrazo, un beso, se sienten incómodos, o sea, son un poco fríos» (EC-14, 7).

«Ella se desbordó conmigo en confianza, ella me miraba y me decía: "es que tú eres mi amiga, tú eres la única persona que escuchas". Claro, porque cada quien andaba en sus tareas y aunque ella tenía absolutamente todo su espacio, porque son gente que tienen condiciones económicas muy buenas, pero en un estado de soledad que no te puedes imaginar (...) Le estás escuchando, ella siente que le escuchas... porque ellos, de pronto, le escuchan pero: "sí, sí, déjalo"» (EC-13, 4 y 5).

«Bueno, ellos, digamos que la parte física es completa; a ella no le falta absolutamente nada, es una familia que tiene medios económicos: su comida es excelente, su ropa es excelente, la parte sanitaria es excelente; tiene, además, una persona que está pendiente de absolutamente todo, de su aseo, de su comida, de que las cosas estén en su orden. Pero, la parte afectiva, bueno, aunque le tratan muy bien, son muy, no sé si es la forma de ser de las personas de acá, pero son muy secos. Ellos no están interesados si ella llora: "no llores", le dicen. Si ella quiere hacer alguna cosa, no se la toma en cuenta. O sea, que están como repartidas las cargas allí, sus nietos la escuchan más pero sus hijos menos» (EC-13, 9).

Por otro lado existen algunas referencias breves a casos de familiares que nunca visitan a los mayores, a pesar de que se lo demandan (EC-17); hijos que no se hacen cargo de los padres mayores (EC-20). El cuidador tiene que justificar ante el mayor estas ausencias en la falta de tiempo por el trabajo (EC-8); otras veces es la esposa o el propio mayor quienes se lo justifican del mismo modo (EC-11). También hay alguna referencia a la existencia de malas relaciones entre los familiares y los mayores pero no se llega a perfilar bien la situación, dado que el mayor puede estar influido por el Alzheimer o manías seniles; es el caso de una mayor que no puede ver a ninguna de las nueras, situación que el cuidador juzga imposible que todas sean desagradables (EC-8); en otro se declara que tanto los hijos, por cuyas casas va rotando, como las nueras, nietos y hasta el mismo marido, que vive en su domicilio sin querer saber nada de la mujer, "tratarían mal a la mujer mayor" pero ésta está demenciada y llama continuamente a la policía para denunciar malos tratos (¿imaginarios?) (EC-9). Sólo una referencia parece tener visos de realidad, cuando un hijo varón soltero por decisión de todos los hermanos y hermanas se ha hecho cargo de la madre, proveyendo entre todos los recursos para la madre y el hermano: éste, según reconocen los hermanos, bebe y la cuidadora se ha encontrado a la madre con moratones después del fin de semana (EC-9).

Llegados hasta aquí podemos resumir diciendo que se observa una escisión difícil de explicar en la bondad de las relaciones mantenidas entre los cuidadores y los familiares, por un lado, y la deficiente, en general, relación entre éstos y sus personas mayores (de modo esquemático lo ejemplifica EC-16, 5 y 6). En definitiva, los mayores, a pesar de todos los recursos de atención con que cuentan, estarían «solos»; esa es la percepción de los cuidadores. La única explicación que éstos encuentran está en la *diferencia cultural* como ha referido EC-14: España sería un país en donde los viejos no cuentan y serían tratados como trastos viejos; los países de origen serían el lugar de la utopía para los mayores: el ámbito del comunitarismo y la fusión indiferenciada: "*los viejos con uno y uno con ellos*". La extrañeza cultural ante el trato que reciben los mayores se reafirma ante la visualización del disparate que significa para los cuidadores que una casa enorme se encuentre casi vacía y en ella una persona mayor abandonada por sus familiares:

«Allí (en el país de origen) es otra cosa, los viejos están con uno y uno está con ellos todo el tiempo (...); aquí (España) no hay eso. En ninguna parte yo he visto eso: los hijos hacen a un lado a los padres como una, como un estorbo. Falta mucho afecto de los hijos a los padres» (EC-16, 6).

Pero esta visión tan dramática que hace incomprensible a los cuidadores las posiciones de los familiares en España, más allá de una u otras deficiencias en el trato, contraponiéndolas a la utopía de los lugares de origen, al final también termina deshaciéndose, dado que también "allí" ha comenzado a ocurrir lo mismo:

«Allí cuando uno ya va teniendo edad, la familia se aleja, se desentiende. Eso yo lo visto en las residencias de mayores allí y me ha llegado, me ha tocado» (EC-8, 3).

El problema comienza a ser el mismo allí como aquí: el desamparo en la vejez. Pero aquí los inmigrantes están saliendo al paso con sus atenciones (cariño, escucha y paciencia) a los mayores, ¿a costa de que las familias españolas se desresponsabilicen de sus mayores? y ¿a costa de que los inmigrantes dejen a sus mayores desatendidos por falta de recursos? Escuchemos el testimonio de una cuidadora ucraniana, jubilada y trabajando por horas, sobre la situación de su madre:

«Mi madre tiene 84 años y está enferma e inválida en Ucrania; yo aquí trabajo dos horas al día y me pagan 4,5 euros la hora. Es poco trabajo, quiero un poquito más de dinero para ayudar a mi madre. Ella, llamarme por teléfono, pregunta: "¿por qué no vuelves?, yo enferma, pronto muero"» (EC-20, 4 y 5).

EXPECTATIVAS LABORALES Y MIGRATORIAS

Para los trabajadores migrantes, el proyecto migratorio transcurre a través de la trayectoria laboral y la estrategia familiar, especialmente por la reagrupación familiar. Pero no se trata de dos aspectos independientes, aunque presentan cierta autonomía dado que ni la oferta laboral ni los avatares de la política migratoria son fácilmente previsibles. En el Cuadro 8. *Expectativas laborales y migratorias* se puede observar de modo conjunto, por un lado, la *expectativa laboral*, teniendo en cuenta tanto la modalidad de atención a personas mayores en que se desempeña el cuidador inmigrante como la cualificación profesional previa; por otro, la culminación del *proyecto migratorio*, esto, es la resolución del *retorno*, teniendo delante la posición actual de la regularidad y del proceso de reagrupación familiar. Veamos ambos aspectos.

a) Expectativas laborales

En apartados anteriores se han expuesto los «motivos para acceder al sector» (2.3.2) y la «satisfacción» en el mismo (2.4.1). No es cuestión de retomar ambos aspectos, sino de recordar la variedad de situaciones observadas, de modo que se hacía difícil conformar descripciones generales válidas para el conjunto e, incluso, se podría plantear si nos encontramos o no, desde el punto de vista de los cuidadores, ante un sector laboral específico. Por el momento es suficiente recordar, por un lado, la fuerte relación observada entre la *condición migrante* y la entrada en el sector, es decir, la primacía de la necesidad de encontrar trabajo sobre la opción por este sector; y en segundo lugar, que entre los motivos de satisfacción destacaba la declaración de que cuando te desempeñas en el sector «*te tienen en cuenta como persona, eso no pasa cuando haces limpiezas*» (EC-13, 10).

CUADRO 8

Expectativas laborales y migratorias

N.º entrevista	Cualificación	Modalidad actual	Expectativa laboral	Regularización	Reagrupación	Retorno
EC-1	Enfermería Técnica	Interna	Otro sector (su especialidad)	Sí	No (soltera)	Sí (medio plazo)
EC-2	Primarios	Por horas (domingo)	En lo que sea (condición migratoria)	Sí	Sí	Meta migratoria
EC-3	Primarios	Por horas (domingo)	En lo que sea (condición migratoria)	No	Sí	Meta migratoria
EC-4	Secretariado	Interna	Otro sector (su especialidad)	Sí	Sí	Indecisión
EC-5	Secretariado	Interna	El mismo sector	Sí	No (soltera)	No
EC-6	Primarios	Interna	Cuidado mayores o servicio doméstico	Nacionalizada	Sí	Sí (jubilación)
EC-7	Primarios	Por horas	En el sector (paro)	Nacionalizada	Sí	Sí (jubilación)
EC-8	Economía	Seminterna	Otro sector (su especialidad)	Sí	No (soltera)	Indecisión
EC-9	Admin. Empresas	Externa	El mismo sector (SAD o residencia)	Sí	Sí	(meta migratoria)
EC-10	Primarios	Interna	En el sector	Sí	Sí	Sí (corto o medio plazo)
EC-11	Primarios	Interna	En el sector (paro)	Sí	Sí	Indecisión
EC-12	Admin. Empresas	Por horas	Otro sector (su especialidad)	No	Sí	Sí
EC-13	Trabajo social gerontología	Por horas	Otro sector (su especialidad)	Sí (estudiante)	No (soltero)	Indecisión

N.º entrevista	Cualificación	Modalidad actual	Expectativa laboral	Regularización	Reagrupación	Retorno
EC-14	Publicista	Seminterna	Otro sector (su especialidad)	No	No (soltera)	Indecisión
EC-15	Medicina	Externa	Otro sector (su especialidad)	Sí	Sí	Sí (corto o medio plazo)
EC-16	Técnico de seguros	Interna	Otro sector (su especialidad)	No	No (hijos adultos allí)	Sí (medio plazo)
EC-17	Secundarios	Por horas	El mismo sector (SAD)	Sí	Sí	Meta migratoria
EC-18	Primarios	Por horas	El mismo sector (residencia)	Sí	Sí	Meta migratoria
EC-19	Primarios	Interna	El mismo sector pero externa	Sí	No (soltera)	No
EC-20	Enfermería laboratorio	Por horas	En lo que sea (condición migrante)	No	No (soltera)	Sí

Si observamos el Cuadro 8, aparece un grupo de entrevistados (EC-2, EC-3 y EC-20) que continúan en la misma posición de partida, denominada, *condición migrante*, esto es, la «expectativa laboral» que declaran es seguir trabajando porque lo necesitan, sin importar demasiado el sector, aunque se encuentran a gusto en el cuidado a personas. Otro grupo grande (EC-1, EC-4, EC-8, EC-12, EC-13, EC-14, EC-15 y EC-16) desearía pasar al sector laboral para el que se han cualificado en su país de origen y en el que tienen experiencia laboral asentada. Y el tercer grupo es el de quienes declaran su deseo expreso de permanencia en el mismo sector o en sus variantes (EC-5, EC-6, EC-7, EC-9, EC-10, EC-11, EC-17, EC-18 y EC-19); se trata del grupo más amplio pero no es mayoritario. En él se observan diversas posiciones:

- Permanecer *igual*, prolongando la situación actual: EC-5, Mujer filipina que trabaja de interna desde hace 25 años y cuida a mujer demenciada en su domicilio.
- Reinsertarse en el sector, desde la situación actual de *paro*: EC-11 y EC-7.
- *Volver* al sector después de haber sido expulsado del mismo por la situación de irregularidad: EC-10, Varón ecuatoriano dispuesto a dejar el empleo de mecánico chapista por la atención a personas mayores.
- Seguir en el sector pero *modificando la modalidad* actual o la última: EC-19, Mujer marroquí que trabaja de interna pero desea pasar a externa para ir a vivir con una sobrina a un piso alquilado; EC-9, en paro actual al dejar la modalidad de interna por incompatibilidad horaria ante la necesidad de cuidar a un familiar propio.
- Seguir en el sector o en cualquiera de sus *variantes* o aledaños: en el SAD (EC-9 y EC-17) o en Residencias (EC-18), incluso en la indeterminación entre el sector y el servicio doméstico (EC-6).

Posiblemente, a quienes hemos asimilado a la *condición migrante* también se decanten en el futuro por la permanencia en el sector, aunque no excluyen un empleo en otro sector o en alguna de las variantes enunciadas, debido a la necesidad acuciante de recaudar fondos. Tampoco hay que descartar rápidamente la permanencia en el sector de parte de quienes conforman el grupo con expectativas de ejercer

la profesión para la que se cualificaron en su país de origen, tal como se refleja en la siguiente declaración, porque una cosa es el deseo y otra las posibilidades que se ofertan a los inmigrantes:

«Me gustaría trabajar en lo que siempre trabajé, como contadora. Me veo cuidando ancianos y digo: bueno... pero Dios sabrá por qué ahora estoy aquí. Y después igual me tocará otra cosa mejor. Además en mi país pueden también cambiar las cosas; igual podría homologar mi título en España de licenciada en Económicas... Pero si aquí los económicos no tienen trabajo, ¿cómo yo que vengo de fuera voy a aspirar a una plaza?; es que es imposible» (EC-8, 8).

Las dificultades administrativas (homologación de títulos), las propias del mercado de trabajo de otros sectores cualificados y el principio incuestionado de la preferencia nacional parecen cerrar la salida del sector. El futuro queda librado a la suerte («igual me toca otra cosa mejor», «Dios sabrá»), con lo que la acción individual del inmigrante queda sin base para actuar.

b) Expectativas personales y familiares: el proyecto migratorio

El *proyecto migratorio* describe un arco con puntos extremos: la *salida* y el *retorno*. El primero se ha consumado en todos los casos de la muestra y los constituye precisamente en emigrantes (salir del país de origen), mientras que el segundo no se ha consumado aún en ninguno de ellos y, posiblemente, tenga diversas resoluciones, esto es, la vuelta al país de origen en unos casos o el establecimiento en Madrid para otros. Por supuesto, ni la vuelta ni el establecimiento son definitivos por sí, pueden removerse en cada caso. Un elemento que influye de modo decisivo en la modulación de las expectativas personales y familiares es la situación conseguida o esperada respecto a la *reagrupación familiar*.

Si observamos el Cuadro 8, la mayoría de entrevistados (12 casos) ha realizado la *reagrupación familiar* en mayor o menor medida, y en sólo dos de éstos la reagrupación no se corresponde con la posición de regularidad positiva del entrevistado, por lo que se depende de los «papeles» del reagrupante. Por su parte, de los ocho casos que no han realizado la reagrupación, siete están solteros, es decir, sin vínculos que formen un nuevo grupo familiar, y sólo EC-16, madre de familia con hijos adultos independizados en el país de origen, ha descartado la reagrupación. Sin embargo, los siete casos que se encuentran «solteros» aún no han resuelto el tema de la formación del nuevo grupo familiar y cabe la duda de si lo harán aquí en Madrid o volverán a su lugar de origen para formarlo; en caso de realizarlo en Madrid, si forman pareja con una persona española tendrán un motivo más para asentarse aquí que si lo hacen con una persona inmigrante o connacional. Desde esta perspectiva se puede concluir que la muestra entrevistada presenta una situación «regular» en la mayor parte de los casos (15 casos) y con un proyecto migratorio *estable* en Madrid; todos los «casados» (13 casos) han realizado el proceso de reagrupamiento familiar, excepto EC-16 quien tiene hijos independizados en el país de origen.

Sin embargo, si observamos las expectativas migratorias desde el punto final, es decir, desde la posición que se mantiene ante el *retorno*, el panorama ofrece variaciones de interés. Por un lado aparecen seis casos (EC-4, EC-8, EC-11, EC-13, EC-14 y EC-19) de *indecisión actual*, es decir, la resolución se aplaza a un futuro en el que influirán factores como la inserción laboral exitosa o no, la transformación de la posición familiar y la misma situación en el país de origen; el inmigrante es así puro *transitar* en la vida. Ejemplo claro de este grupo lo ofrecen las declaraciones de EC-8:

«Y también yo *estoy aquí de tránsito*, yo no voy a estar aquí toda la vida. Regresaré a mi país, yo pienso que las cosas tienen que cambiar y yo pienso regresar cuando pueda. Mis abuelos fueron allí, se sintieron muy a gusto y nunca regresaron a España; mi hermana y mi hermano han venido, se sienten muy a gusto aquí y nunca van a regresar. *Pero yo he venido, estoy aquí, pero me gustaría regresar*» (EC-8, 8).

«Pues la verdad, te soy sincera: ahora no lo tengo muy claro. *Si me hubieras preguntado hace seis meses, te hubiera dicho de inmediato que sí porque tenía otras expectativas*: venía aquí a estudiar, pero ahora ya, como que mi mundo está aquí y me estoy centrando aquí, tengo proyectos del aquí y del ahora. Y, claro, tengo que volver pero no sé de qué manera, si va a ser temporal, si va a ser del todo. *Ahora no lo sé*» (EC-13, 13 y 14).

Pero también aparecen ocho casos (EC-1, EC-6, EC-7, EC-9, EC-10, EC-12, EC-15 y EC-16) que manifiestan *claramente su decisión de retornar*: unos la formalizan como el último acto necesario del ciclo migratorio (la atracción del origen: EC-15), otros lo plantean como el punto y final del ciclo laboral (el lugar de reposo: EC-6, EC-7 y EC-20) o como la madurez natural del ciclo migratorio (EC-10, EC-12 y EC-16). En suma, se propone un retorno a la carta en términos de plazos: a corto, medio o largo plazo. Veamos una declaración de cada aspecto:

«¿Regresar a mi país?, te digo que sí, cuando terminen de estudiar mi niñas, mi niña que es la última ya, termine sus estudios y regresarnos prácticamente porque para estar aquí yo no estoy de acuerdo. *Estoy de acuerdo que uno salga de su país para cumplir un objetivo y regresarse*» (EC-15, 15).

«Bueno, mi hija, te voy a decir la verdad: el día que yo no pueda porque no tenga trabajo, que no me pueda valer, pues en vez de quedarme aquí *me voy a Santo Domingo* (...). Eso sí, te lo juro» (EC-7, 7).

«Es que *proyectos pueden aparecer varios*. Entonces, si decimos que yo me preparo, me preparo en un año (hacer un curso de geriatría) y a partir de ese año, la experiencia, recabar experiencia en lo que se ha estudiado. Entonces, si decimos que en diez años volvemos a Bolivia, creo que es bastante experiencia la que voy a adquirir. Es que he visto que hay cursos de geriatría (...) y en Bolivia no hay eso, no hay gente preparada para cuidar ancianos, y ancianos va a haber en todos los países» (EC-12, 19 y 20).

Existe un tercer grupo de entrevistados (EC-2, EC-3, EC-9, EC-17 y EC-18) que anteponen al retorno el cumplimiento de las *metas migratorias*: primero cumplir los objetivos marcados al salir y después «Dios dirá»... antes de regresar. Las metas declaradas son variadas pero apuntan a culminar la educación de los hijos (aquí o enviando recursos para que lo hagan allí), asegurarse la propia vejez (acumular rentas del trabajo) y el bienestar de la familia de origen y propia (rentas del capital e inversiones en casas, etc.). El factor determinante es la obtención de los recursos económicos que sustenten la consecución de estas metas; el trabajo asalariado es el medio planteado. En estos casos el proyecto migratorio muestra un carácter familiar, no individual, y se da la característica de que todos han realizado el reagrupamiento familiar, por lo que *es de prever el establecimiento definitivo en España de una parte notable de este grupo*, a medida que el horizonte migratorio se aleje o se difuminen sus contornos ante la aparición de otros factores como la formación de nuevos grupos familiares aquí, el asentamiento de la segunda generación, etc.

«Bueno, yo no quiero regresar porque he venido con un sueño y esos sueños... Quiero llegar a mi meta y espero que así sea por el futuro de mis hijos, por el futuro de nuestra vejez también, ¿No? Entonces creo que *eso de regresar todavía... Eso está por verse, quiero realizar mis metas y luego lo que Dios quiera*» (EC-3-7).

«El futuro, ¡uf!, mi futuro es mío. Ahora mismo me gustarían muchas cosas. Me gustaría tener un piso mío, comprado para mí, y un trabajo seguro; querría establecerme bien (...) Yo tengo muchas ilusiones en la cabeza pero hace falta tener un trabajo estable, eso es lo primero» (EC-17, 6 y 7).

«He venido sola pero poco a poco he ido trayendo a mi familia, están mi esposo y mis hijos, me queda solamente uno en Ecuador y ahorita mi meta es poder salir adelante a mis hijos y darles una educación aquí en España. *Tengo que quedarme hasta ver si logro eso; esa es mi ilusión* y por eso seguiré trabajando en lo sea por lo que quiero, seguir luchando para la meta que me trazado para mis hijos» (EC-2, 9).

EL FUTURO DEL SECTOR: EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Antes de responder sobre el futuro del sector habría que determinar la existencia del mismo. Por las declaraciones recogidas en la muestra de cuidadores entrevistados nos encontramos en un momento de emergencia o constitución y, por tanto, los contornos del futuro sector no están determinados.

Se parte de la constatación del incremento de la oferta que las familias proponen para cubrir la atención a las personas mayores dependientes; ante ella la primera reacción de los cuidadores es cierta resistencia, es decir, observan que el cambio en las familias españolas y la sociedad española (salida del ama de casa a trabajar al exterior, los hijos que se desentienden de los padres, la falta de recursos públicos de cuidado, etc.) está repercutiendo en la obligación filial de atender a los viejos (para ellos no es tabú esta palabra) y todo va encaminado a la externalización de la atención en la medida en que se cuenta con recursos para ello dada la reducción que experimenta el Estado de bienestar. Además, la multiplicación de recursos de atención a personas mayores dependientes, privados o públicos, personales e institucionales, familiares y externos, etc., sitúan a los inmigrantes cuidadores como un recurso más en dicha cadena. Incluso, los propios inmigrantes observan cómo ellos mismos están siendo moldeados desde la oferta y ya empiezan a perfilarse nuevas figuras: internas y *seminternas*; externas y *falsas externas*; por horas y *por jornadas*, etc. A la vez, estos recursos se encuentran situados a medio camino entre la atención al hogar y la atención personal y a enfermos. Por otro lado, la numerosa llegada de inmigrantes a Madrid en los dos últimos años estaría produciendo una saturación de la demanda con consecuencias repercutibles en el empleo: comienza a aparecer el paro; los sueldos están congelados o remiten; las exigencias en la selección son más exigentes (referencias directas, etc.). Nunca como ahora se había suscitado tanto interés por este ámbito laboral.

En general, la posición de los cuidadores, tal como hemos visto en apartados anteriores, es que para atender bien a los mayores se necesita cariño, paciencia y escucha. Podemos estimar que esta posición se funda en la no cualificación profesional de la mayoría de los cuidadores de la muestra en el ámbito del cuidado a personas mayores o de la salud, aunque cuatro casos (EC-1, EC-13, EC-15 y EC-20) cuentan con tal formación y otros están realizando cursos de formación al respecto (EC-18, EC-4, EC-12 y EC-9). La mayoría se declara preparada para desempeñarse en este trabajo y su formación ha sido en la

práctica, por la *experiencia*. El resultado, desde el punto de vista de los cuidadores, es una competencia adecuada en lo fundamental, con algunos reparos en el tema de preparar comidas al gusto español o de la insistencia obsesiva en la limpieza: la autoestima de los cuidadores se vería correspondida por el aprecio de los familiares. En suma, el recurso de los inmigrantes cuidadores, al menos, está siendo de utilidad en el momento actual de la sociedad española (EC-13). Veamos dos puntos específicos.

a) ¿Profesionalizar el trabajo del cuidado a personas mayores dependientes?

En un primer momento, y quizá debido a la falta de cualificación profesional de la mayoría de los inmigrantes en el ámbito de la salud o del cuidado a mayores dependientes, se observa una cierta resistencia a la profesionalización del sector, considerando que la misma aportaría sobre todo elementos técnicos pro no humanos, que son precisamente los menos presentes. Recordemos las observaciones ya expuestas sobre la «buena atención material» y la «deficiente atención emocional» a los mayores (EC-14 y EC-13). Sin embargo, ante la perspectiva de un impulso de regulación del sector se asumen varios compromisos:

- Qué la formación suponga sobre todo un examen de *las actitudes* de los candidatos, dado que éstas son más importantes que los conocimientos; éstos pueden aprenderse, mientras que aquéllas son cualidades naturales (EC-10 y EC-16):

«Primeramente es necesario el *carácter*, que tenga la *paciencia* que se necesita, porque si uno es *una persona que no aguanta nada*, pues, *no es apto para cuidar a una persona mayor*. (...) Si es que uno tiene genio, entonces no estaría apto para esas cosas. También te tienen que indicar para conocer cosas pero hay que conocerles para saber si es que no tiene asco de las personas; *muchas personas tienen asco y no serían adecuadas*» (EC-10, 21).

«Pienso que para ejercer ese trabajo, sí deberían, digamos, *tener un control de las personas, de que sean personas de buen corazón*, que traten bien a los ancianos, que lo hagan por cariño no solamente por ganarse el dinero» (EC-16, 8).

- Reconociendo la necesidad de conocimientos profesionales, sobre todo de enfermería, se hace más necesario acentuar la sensibilización y la responsabilización en el trabajo (EC-15 y EC-14). Formar trabajadores y profesionales de la atención para evitar el maltrato o la atención deficiente:

«Es necesaria la profesionalización del sector porque este mercado está creciendo y las personas necesitan orientación. Además de los conocimientos de enfermería, si se tratara de un cáncer, por ejemplo, otra cosa muy importante es la sensibilización, porque he escuchado de muchos casos de personas que no están conscientes de lo que están haciendo. Entonces no tratan a la persona como deberían. Se puede llegar al extremo de no darle de comer adecuadamente o no limpiarle como se debe o, incluso, tratarla muy mal» (EC-14, 9).

«He conocido a personas que habían tenido preparación para atender a mayores pero que no la atendían bien (...) Esas personas no estaban sensibilizadas, se despreocupaban de la persona que estaban atendiendo. (...) Creo que la gente debe sensibilizarse más si se ponen a hacer este trabajo» (EC-15, 14).

El reconocimiento de la formación deberá llevar tanto a la cualificación del trabajador, es decir, a conformar una especialidad o profesión, como a la regularización del sector, esto es, mejorar las condiciones

laborales (EC-3). La perspectiva más completa, desde el punto de la formación, la ofrece EC-13, mujer colombiana especializada en gerontología: despliega la atención de los mayores hacia el campo relacional, sacando al mayor del marco del domicilio para insertarlo en redes de relación entre mayores; propone la interrelación de diversos especialistas, según necesidad, para la atención a los mayores; el trabajo propio del cuidador para preservar su salud mental ante el desgaste que produce la relación con mayores y, por supuesto, la cualificación en conocimientos (de enfermería, de manualidades, de psicología del anciano, etc.):

«Sí, pienso que hay que profesionalizar esta actividad porque con la profesionalización se obtendrán mejores entradas, mejores ingresos para los trabajadores y, también, se sabrá si te gusta de veras tu trabajo; lo hará con convicción y más a gusto. La cualidad principal que hay que tener es una capacidad inmensa de escucha (...) además retroalimentar eso que está escuchando» (EC-13, 12)

«Cuando tienes un buen conocimiento del sector y te has involucrado con personas mayores, te das cuenta, por ejemplo, que en algunos momentos se necesita la atención de otros especialistas; esa capacidad sólo la adquieres cuando tienes unos estudios y una práctica. Hay que formar porque si no te vas a encontrar con personas que van a maltratar, como se ve en ciertos casos que su paciencia llega al límite. Este trabajo te puede sacar tanto de quicio que los vas a maltratar física o psicológicamente, y si tú no estás apta para hacer esa labor, pues se te van a presentar miles de problemas» (EC-13, 13).

Otras perspectivas que se abren, según las declaraciones de los entrevistados, son la utilización de esta cualificación como un recurso profesional y personal para el retorno al país de origen (EC-12) y la integración entre lo profesional y el voluntariado (EC-14). Y un punto conflictivo que conviene reseñar: la profesionalización del sector sin la regularización de la situación de los inmigrantes conllevaría inmediatamente la expulsión de éstos de aquél. De no modificarse la situación, la regularización del sector supone cerrar el acceso al mercado laboral de los recién llegados, que hasta ahora contaban con esa puerta de acceso y, posteriormente, con el efecto de la regularización administrativa (EC-16).

b) El trabajo del cuidado a personas mayores, ¿nicho laboral para inmigrantes o fuente de empleo digno para profesionales?

En la perspectiva de la profesionalización de la actividad, esto es, de la dignificación del empleo y su desagregación del servicio doméstico, se plantea una disyuntiva: ¿terminará siendo un nicho laboral para inmigrantes o, por el contrario, la dignificación del sector por la cualificación profesional y la mejora de las condiciones de trabajo lo convertirán en una fuente de empleo para profesionales inmigrantes y autóctonos?

No es lugar para dirimir esta cuestión, pero las posiciones de los cuidadores entrevistados se decantan de modo pragmático por la primera respuesta, esto es, el sector cada vez oferta más empleo y abre, por ello, nuevas oportunidades de trabajo pero las condiciones laborales no van a mejorar de momento, por lo que quedará como nicho laboral de inmigrantes. Los autóctonos no aceptarán este trabajo en las condiciones precarias en que se oferta; mientras que el sino del inmigrante se lo hará aceptar.

«De repente se ha juntado la necesidad de unos y otros pero como poco a poco va creciendo el sector porque hay mucha gente mayor, yo creo que con el tiempo se puede hacer una profesionalización, una carrera de esto. Creo que puede ser *un trabajo auxiliar, una buena posibilidad para inmigrantes*» (EC-14, 11).

«En el trabajo de atender al señor enfermo, creo que estaba bien remunerado pero me tocaba estar prácticamente todos los días, no tenía ni festivos, ni nada de esas cosas. Entonces, trabajos así, la mayoría de la gente de este país no los quiere; no quiere esa clase de trabajos. Estos puestos quedan vacantes para las personas de fuera, tienen que realizarlos aunque no le gusten» (EC-15, 16).

El deseo va más lejos y se dibuja un futuro, si se lleva bien el proceso de formación profesional y regulación laboral del sector, que sea fuente de trabajo digno para quienes se desempeñen en él. La reducción del empleo a inmigrantes no tendría sentido; ya no se trata de crear nichos, sino de abrir fuentes de empleo digno para todos, inmigrantes y autóctonos:

«A medida que se dé ese carácter de profesionalización podría ser una fuente de trabajo para muchas personas. Como profesionales bien remunerados, dándose las condiciones necesarias de *capacitación tanto para inmigrantes como para personas nativas. Podría ser una excelente fuente de trabajo*» (EC-13, 14 y 15).

2.2. LAS FAMILIAS

Se recoge a continuación el análisis de las veinte entrevistas realizadas en la Comunidad de Madrid con familias que contratan los servicios domiciliarios de personas inmigrantes para atender a mayores dependientes. Las entrevistas se han aplicado en las cinco áreas geográficas en las que hemos concentrado el trabajo de campo: municipios de Alcobendas (norte de la comunidad) y Leganés (sur de la comunidad) y tres distritos de la capital, Moncloa-Aravaca (estatus social alto), Tetuán (estatus intermedio) y Villaverde (estatus bajo).

Las personas entrevistadas se han escogido con el criterio de que, desde distintos ángulos, representarían las diversas modalidades de cuidados a personas mayores en los hogares por parte de inmigrantes. En especial, se han tenido en cuenta los siguientes criterios: sexo y edad de las personas atendidas; tipo y grado de discapacidad/dependencia; nivel socioeconómico de las familias; modalidad del recurso: internas, externas, por horas; nacionalidad de las personas cuidadoras, tiempo de estancia en España y estatuto legal (mayoría «sin papeles» al iniciarse en el empleo actual).

A partir de estos criterios se aplicaron las entrevistas familiares (EF) que se recogen en el Cuadro 1. El trabajo de campo tuvo lugar en los meses de octubre y noviembre de 2003 por un equipo especializado formado por Emma Mateos, Clara Guilló y Carlos Pereda. En la transcripción mecanográfica colaboró Berta López.

CUADRO 1

Entrevistas realizadas a familias empleadoras en la Comunidad de Madrid

Área	Familias atendidas (EF)
Tetuán	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mujer dependiente de 91 años, atendida por boliviana interna. Entrevista a la hija. 2. Mujer dependiente de 79 años, atendida por dominicana interna. Entrevista a la hija. 3. Pareja de mayores dependientes en torno a 75 años, atendidos por dos externas ecuatorianas. Entrevista al yerno. 4. Mujer dependiente de 89 años, atendida por guineana externa. Entrevista a la hija.
Moncloa	<ol style="list-style-type: none"> 5. Mujer dependiente de 90 años, atendida por peruana externa. Entrevista a la nuera. 6. Hombre dependiente de 86 años, atendido por marroquí interna. Entrevista al sobrino. 7. Mujer dependiente de 90 años, atendida por peruana interna. Entrevista a la hija. 8. Hombre dependiente de 82 años, atendido por dominicana por horas. Entrevista al hijo.
Villaverde	<ol style="list-style-type: none"> 9. Mujer dependiente de 74 años, atendida por cubana interna. Entrevista a la propia señora atendida. 10. Mujer dependiente de 87 años, atendida por externa argentina. Entrevista a la propia señora atendida. 11. Mujer dependiente de 89 años, atendida por peruana interna. Entrevista a la hija. 12. Mujer dependiente de 91 años, atendida por el servicio de ayuda a domicilio. Entrevista a la hija.
Alcobendas	<ol style="list-style-type: none"> 13. Hombre dependiente de 91 años, atendido por interna dominicana. Entrevista a la hija. 14. Pareja de mayores dependientes en torno a 85 años, atendidos por interna ecuatoriana y externa dominicana. Entrevista a la hija. 15. Hombre dependiente de 98 años, atendido por interna ecuatoriana. Entrevista a la hija. 16. Dos mujeres mayores dependientes, atendidas por interna colombiana y externa ecuatoriana. Entrevista a la hija y sobrina respectivamente.
Leganés	<ol style="list-style-type: none"> 17. Mujer dependiente de 93 años, atendida por ecuatoriana interna. Entrevista al hijo. 18. Pareja anciana en torno a los 90 años, atendida por ecuatoriana por horas. Entrevista a la hija. 19. Mujer dependiente de 72 años, atendida en una residencia (previamente en casa del padre). Entrevista a la hermana. 20. Hombre dependiente de 93 años, atendido por peruana interna. Entrevista a la hija.

2.2.1. Tipología de los cuidados: múltiples soluciones según las circunstancias

Las veinte familias a las que hemos entrevistado han utilizado diversas vías para atender a sus mayores cuando éstos han necesitado del cuidado de otras personas. El Cuadro 2 recoge un panorama general de las «ayudas» que han sido recogidas en nuestras entrevistas¹⁷. Las agrupamos en tres bloques en función del tipo de relación existente entre la persona cuidadora y la atendida:

¹⁷ Sólo se indican las «ayudas» relatadas explícitamente en el texto de las entrevistas, aun cuando haya habido sin duda otros apoyos de los que no se nos ha informado.

1. **Ayuda familiar:** proporcionada por otros parientes, ya sean residentes en el propio hogar del mayor o venidos de fuera para atenderle. A veces la persona dependiente es la que deja su casa para ser atendida en el domicilio de sus parientes. En algunas ocasiones, que parecen excepcionales, existen también formas de *ayuda recíproca* entre vecinos o amigos que se pueden asimilar a la ayuda entre parientes.
2. **Ayuda mercantil:** proporcionada a través de una relación laboral establecida entre la familia de la persona mayor y el cuidador o cuidadora. Aquí cabe distinguir entre aquellos cuidadores que están asalariados en una empresa, que es la que se relaciona directamente con las familias (residencias, centros de día y servicios de ayuda a domicilio privados); y los cuidadores y cuidadoras a título particular, que entablan una relación laboral con la familia demandante de los cuidados. El presente estudio se centra en este último sector y, más específicamente, en aquellos casos en que dichas personas cuidadoras son inmigrantes.
3. **Ayuda pública:** cuando la relación de ayuda se establece desde los servicios sociales de la administración pública, ya se trate de residencias y centros de día, teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, etc. Con frecuencia este tipo de ayudas se lleva a cabo mediante la *gestión privatizada* de los servicios, a partir de una financiación y supervisión por parte de la Administración. Asimismo, la ayuda pública se combina a veces con la mercantil, cuando existe un baremo de *copago* entre la Administración y las familias en función del nivel de ingresos de estas últimas.

La utilización de las diversas ayudas depende de múltiples circunstancias, entre las que destacan el tipo y grado de dependencia de la persona mayor, la existencia de parientes próximos con capacidad y predisposición para prestar los cuidados, el nivel económico de la familia y la existencia o accesibilidad de los recursos públicos.

A continuación presentamos una descripción de las ayudas utilizadas por las veinte familias entrevistadas en la Comunidad de Madrid. El hilo conductor va a ser el grado de dependencia de la persona mayor, que suele ser leve en sus inicios y se agrava con el paso de los años (hasta llegar al fallecimiento). La presencia de cuidadores inmigrantes cumple diversas funciones en cada etapa.

CUIDADOS INICIALES

La ayuda procedente de la propia familia es sin duda la que tiene más importancia en la sociedad española, y en particular en la Comunidad de Madrid, si bien existen múltiples circunstancias, algunas cada vez más frecuentes, que llevan a las familias a contar con otras ayudas, ya desde los primeros momentos. Entre dichas circunstancias, podemos destacar la menor disponibilidad de parientes cuidadores (disminución de las tradicionales «amas de casa»), el agravamiento y prolongación de las discapacidades (incremento de la esperanza de vida), la mayor o menor facilidad para contratar personas de apoyo, etc.

Parientes cuidadores

En los inicios de la dependencia la atención la suelen prestar los *parientes más próximos* del propio hogar, empezando por el cónyuge (sea éste hombre o mujer); si la persona mayor es viuda, vive sola o no cuenta con familiares en su casa que puedan atenderle, las primeras ayudas suelen provenir de parientes cercanos ubicados en otros hogares (casi siempre la/s hija/s). En la mayoría de los casos los mayores

CUADRO 2

Cuidados prestados en las trayectorias de las familias entrevistadas

N.º de entrevista familiar (EF)

N.º de ciudadanos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Parientes del hogar propio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parientes que acuden al hogar propio	■	■	<input type="checkbox"/>	■	■	■	■	■	■	■	<input type="checkbox"/>	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Parientes en otro hogar (de hijos, etc.)	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	<input type="checkbox"/>
Amigos, vecinos, voluntarios								■												
Empleo por horas, asistentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■	■	■	■	<input type="checkbox"/>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Empleo externo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Empleo interno	■	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Servicio Ayuda Domicilio privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de Día privado																				
Residencia privada	■	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■	■	■	■	■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teleasistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio Ayuda Domicilio municipal												■	■	■	■	■	■	■	■	■
Centro de Día municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residencia pública o concertada																				■

■ Cuidados que recibe ahora

 Cuidados recibidos anteriormente

se mantienen en su casa y otras veces tienen que mudarse a la casa de los parientes cuidadores. Podemos poner algunos ejemplos.

En el caso de EF-3 (mujer con Alzheimer, que vive con su marido), los primeros síntomas claros de la enfermedad hicieron su aparición cuando tenía en torno a los 65 años, justamente coincidiendo con la jubilación laboral de su esposo. Éste se volcó totalmente en su atención, con apoyos puntuales de una hija residente en otro hogar. El factor decisivo para que el marido pudiera atender a su mujer fue el estar ya jubilado de su trabajo fuera del hogar. Sólo al cabo de seis años, y a instancias de sus hijos, recurrió a una *empleada por horas* y luego a otras ayudas debido al agravamiento de la enfermedad de su mujer, que necesitaba una persona siempre a su lado.

Otra mujer, en este caso viuda y sola, con problemas de movilidad e inicios de demencia senil (EF-11), se ve apoyada por su hija (no por los hijos) al principio de su dependencia. La hija acudía a casa de la madre cada vez con más frecuencia, hasta que decidieron llevarla al domicilio de la hija (ama de casa). Sólo en el mes de vacaciones del esposo de esta última contrataron a una *empleada interna* para que la hija pudiera disfrutar del mes de vacaciones:

«Al principio era ir a su casa a verla con frecuencia, pasar los fines de semana con ella. Luego la trajimos a casa los fines de semana y después terminó viviendo en mi casa para que la pudiéramos atender mejor. Fue entonces cuando solicitamos la ayuda de una persona interna para las épocas de vacaciones» (EF-11, 3).

Servicio de Ayuda a Domicilio

Como complemento de los parientes cuidadores, algunas familias recurren al Servicio de Ayuda a Domicilio, cuyo escaso número de horas de atención sólo puede ser considerado suficiente por aquellas familias que cargan con la mayor parte de los cuidados de la persona mayor. Así, EF-12 es una mujer con Alzheimer que vivía sola y cuyas dos hijas únicas tomaron la decisión desde el principio de la enfermedad de atender a su madre por turnos rotativos de un mes en sus respectivos hogares (situados en Madrid y en un pueblo situado a 30 kilómetros de la capital). Al cabo de siete años, recurrieron al *Servicio de Ayuda a Domicilio* de sus respectivos ayuntamientos para levantar y acostar a su madre. La clave de la atención en este caso es la existencia de dos hijas «amas de casa» que están dispuestas a atender a su madre a todo lo largo de su enfermedad (ya llevan catorce años), con una mínima ayuda exterior de media hora por la mañana y otra media hora por la tarde, que consideran suficiente.

Teleasistencia

Otra ayuda a la que se recurre en los inicios de la dependencia es la *teleasistencia* ya que permite un acompañamiento a distancia económico (o gratuito) y que no perturba la intimidad familiar. Tal es el caso de EF-1, EF-8 y EF-16. Sin embargo este recurso deja de usarse cuando se dispone de una atención más personalizada. Así, EF-1, actualmente con 91 años, pudo sobrellevar sus primeros achaques con la teleasistencia de 24 horas y la ayuda de una externa que iba por las mañanas y le hacía la casa y la comida, pero desde hace cuatro años ha contratado a una empleada interna que cubre todas sus necesidades.

De nuestras entrevistas sólo conserva el servicio de teleasistencia EF-8 (hombre de 82 años con proble-

mas de movilidad). Este sujeto quiere evitar a toda costa salir de su casa y tampoco le gusta que viva con él otra persona, así que se agarra a cualquier otro recurso que se le presente (la comida se la hace una vecina, de día tiene teleasistencia y ha establecido un trueque de servicios con una mujer inmigrante, que le acompaña por las noches a cambio de una habitación para dormir en su casa):

«Ellos, mi padre y mi madre, vivían solos. Cuando ella fallece se queda solo y nos planteamos todo, desde que viviera con nosotros a una residencia, pero cuando se lo planteamos, ¡él se negó en rotundo! Le llevamos a un centro de día, que había una furgoneta que le podía recoger y pasaba el día allí y comía allí... pero él se negó también. La verdad es que *lo que quiere es estar en su casa*. Hemos solicitado al Ayuntamiento una teleasistencia de esas y, como estábamos en tiempo de elecciones, lo facilitaron muy rápidamente. (...) También se llegó a un acuerdo con una señora que trabaja en un restaurante y que va a dormir a la casa de mi padre donde tiene habitación propia. Es un buen acuerdo para ella porque se ahorra lo que estaba pagando de alquiler... unas 60.000 pelas, a cambio de estar con él, y no cobra nada» (EF-8, 3-5).

El detalle de la vecina que hace la comida todos los días a EF-8, a cambio de una pequeña compensación económica, sirve para recordar las pequeñas ayudas y servicios recíprocos que los vecinos se hacen entre sí, aunque no se aluda a ellos en las entrevistas, y que contribuyen en su nivel a facilitar el cuidado de las personas mayores.

Empleadas externas desde el primer momento

El recurso a personas empleadas para que atiendan al mayor desde los primeros síntomas de su dependencia tiene lugar, en nuestra exploración, en dos circunstancias: cuando la persona dependiente no tiene parientes dispuestos a ayudarla; y cuando el hogar de la persona mayor disponía ya previamente de personal de servicio, que puede pasar a hacerse cargo de los cuidados necesarios. En este último caso, se suele tratar de familias económicamente bien situadas, con tradición de empleados domésticos encargados de hacer las tareas de la casa.

El primer caso está representado por E-10, mujer soltera y jubilada de un trabajo modesto que vive en un barrio humilde (distrito madrileño de Villaverde) y empieza a padecer problemas de movilidad, debido a una artrosis avanzada. Como no tenía parientes dispuestos a atenderla (sus dos sobrinas estaban casadas, con hijos y con empleo) y quería seguir viviendo en su casa, decidió contratar cinco horas diarias a una *empleada externa*, situación que mantuvo durante los primeros años de enfermedad:

«Los problemas comenzaron porque tuve varias caídas, hasta que un día tuve una caída grande en la calle y me di cuenta de que no podía seguir moviéndome libremente, así que decidí buscar a una persona que pudiera vivir en casa conmigo las horas principales y hacerme la compra y acompañarme fuera de casa. (...) La razón principal por la que contraté a una persona de fuera era para evitar el tener que ingresar en una residencia. A mí me gustaba vivir en mi casa, hacerme yo la comida, y desde luego se comía muy bien. (...) Como soy soltera y además bastante huraña, mi relación con la familia es muy escasa. Mis dos sobrinas de Madrid me vienen a ver de vez en cuando pero están muy ocupadas con sus trabajos y sus hijos» (EF-10, 2-3).

En otros casos se trata de familias con tradición de empleados domésticos, quienes al llegar la depen-

dencia de la persona mayor, se hacen cargo de ella o bien contratan a una nueva empleada para atenderla. Mientras los mayores de extracción social modesta suelen presentar muchas resistencias a que entre una persona en su casa, los de alta extracción social ya están acostumbrados a contar con personal de servicio y aceptan con más facilidad el apoyo externo. Un primer ejemplo es EF-13, hombre de 91 años con algunos achaques físicos y sensoriales, que de toda la vida había contado con servicio externo y al sobrevenir la dependencia, una vez enviudado y sin hijos en casa, ya contaba con varias personas encargadas de atenderle:

«Él estaba acostumbrado durante toda la vida a tener servicio de atención domiciliaria por persona interna. Primero tuvo durante más de 35 años una española, que procedía de un pueblo de Castilla y León, hasta que se jubiló y se marchó al pueblo en donde vive. Después, durante unos años, que fueron los últimos que vivió su mujer, hubo en la casa dos mujeres que atendían por horas la limpieza, la ropa y en parte la comida. Pero cuando su mujer se puso enferma, ya tenía 80 años, se necesitó una mujer interna y fue una peruana más joven y con estudios de enfermería que estuvo en la casa hasta que murió mi madre y luego se volvió a su país. Entonces se buscó una segunda interna, dominicana, que ha atendido a mi padre hasta el final de su vida, pero sin dejar de contar con la ayuda de otras dos mujeres asistentes, que iban a arreglar la casa por horas» (EF-13, 4).

Un segundo ejemplo es EF-2 (mujer viuda, que vivía sola). A raíz del primer derrame cerebral, con 79 años, con pronóstico de reincidencia, los dos hijos (hombre y mujer) acudieron por turnos a dormir con ella, pero esta ayuda no podía mantenerse porque ambos trabajaban y tenían familia a su cargo. La madre contaba de toda la vida con asistente en casa (interna cuando los hijos eran pequeños), por lo que recurrir a una inmigrante interna no presentó mayores problemas, si bien la hija sigue muy de cerca la atención de su madre:

«Nuestros abuelos tenían personal de servicio y nosotros también, y jamás les hemos tratado mal, que conste que aquí es todo lo contrario de lo que sale en las encuestas. Les hemos tratado *como si fueran de la familia* porque en mi casa siempre hemos sido muy religiosos, en el buen sentido, y todavía nos llaman por teléfono. (...) Hasta poco antes de padecer la conmoción cerebral, mi madre seguía teniendo una asistente, que estaba contenta pero encontró algo mejor y se fue. Si hubiera seguido la asistente, la hubiéramos pedido que estuviera más horas o que se quedara como interna. (...) Estuvimos un tiempo que cada día íbamos un hijo a dormir, porque ella no deja su casa ni loca, pero enseguida tuvimos que llegar a un acuerdo con mi madre de contratar a una interna. Mi madre al principio no quería, porque es muy independiente, pero era la opción menos molesta para todos. Así vino una ecuatoriana recién llegada de su país» (EF-2, 3 y 7).

LA ATENCIÓN EN ETAPAS AVANZADAS DE DEPENDENCIA

En los casos estudiados se puede observar una tendencia a la *intensificación de los cuidados* a medida que se agravan las discapacidades del mayor. Si en la fase inicial bastaba con encontrar apoyos puntuales para determinadas funciones de la vida diaria, ahora la dependencia de otras personas se vuelve cada vez más exigente, dando lugar a cuatro tipos de cuidados que recogemos a continuación.

La familia se hace cargo del mayor dependiente. Frecuentes desbordamientos

Este modelo tradicional, que se mantiene con tendencia decreciente en gran parte de los hogares españoles, considera que la mejor atención al mayor es la proporcionada por sus parientes más próximos. La condición necesaria para ello es que existan esos parientes próximos con la predisposición y el tiempo necesarios para hacerse cargo de los cuidados.

Ya hemos visto algunos casos en los que la familia se hace cargo casi totalmente de la persona mayor, aun contando con diversas ayudas de «respiro», expresión utilizada para referirse a los apoyos puntuales que aligeran el trabajo o proporcionan un descanso al cuidador habitual:

- EF-12 (enferma de Alzheimer de 94 años). Lleva siendo atendida por sus *dos hijas* desde hace catorce años, y están decididas a tenerla en sus casas hasta que fallezca. Su único apoyo es el Servicio de Ayuda a Domicilio (siete horas a la semana) que les facilita poder levantar y acostar a su madre con la ayuda de una auxiliar. Recurrieron a este servicio hace siete años por recomendación del médico y ante los inicios de artrosis de una de las hermanas (lleva un corsé).
- EF-18 (pareja en torno a los 90 años, él con frecuentes infartos cerebrales e insuficiencia renal y respiratoria, ella con hipotiroidismo que la mantiene dormida todo el día). La *hija* se los ha traído a su casa y se encarga de atenderlos en todas sus necesidades. Sólo cuenta con una empleada por horas (16 horas/semana) contratada directamente por ella para poder salir de casa, hacer la compra, ir al médico, etc.
- EF-11 (mujer de 87 años en silla de ruedas y con lapsus mentales). La *hija* la tiene en su casa, donde viven también el yerno y los nietos. Su «respiro» consiste en contratar una empleada interna en el mes de vacaciones de verano, no para atender a su madre sino para que haga todas las tareas de la casa.

En los tres casos anteriores las cuidadoras son *mujeres, amas de casa e hijas* de la persona atendida, tres características que parecen habituales entre los parientes que se convierten en cuidadores principales y permanentes. Además, estas cuidadoras deben contar con otra cualidad muy importante: *gozar de buena salud* para poder atender al mayor a lo largo de los muchos años que puede durar su enfermedad. Por eso, su mayor temor es caer enfermas:

«Tanto mi hermana como yo descartamos meterla en una residencia desde que mi madre cayó mala. Dure lo que dure, si son catorce años como si son veinte, lo único que sentimos es si algún día nos pasa a alguna de nosotras algo y la tenemos que dejar» (EF-12, 4).

«Mientras yo pueda, van a estar conmigo. Yo lo que pido es no ponerme enferma» (EF-18, 7).

Cuando la persona mayor dependiente cuenta con un cónyuge en buen estado de salud, suele ser éste quien adopta el papel de cuidador. Pero en este caso es más probable que se produzca —debido a su edad avanzada— un deterioro de su salud, como les pasó a EF-3 y EF-14, hombres jubilados que atendieron a su mujer, en ambos casos con Alzheimer, hasta que fueron desbordados por sus propias enfermedades, cáncer en el primer caso y problemas de corazón y pulmón en el segundo:

«Durante los diez primeros años de la enfermedad, el marido, recién jubilado, se entregó totalmente al cuidado de su mujer, si bien contó siempre con el apoyo de su hija en los fines de semana y en los últimos años contrató a una empleada por horas. Hasta que se le diagnosticó un cán-

cer de colon en estado avanzado, momento en el que pasaron a vivir a casa de la hija. Ésta y su marido trabajaban los dos por lo que tuvieron que contratar a dos empleadas, una por la mañana y otra por la tarde, para atender a los abuelos» (EF-3, 2).

«Mi madre empezó a perder la cabeza y mi padre se hacía cargo de la casa y de mi madre totalmente. Tenían una asistenta desde hacía muchos años y se manejaban perfectamente con ella, hasta que ya hubo un momento en que mi padre se hacía cargo de demasiadas cosas y tuvo un infarto y potencialmente tenía el corazón regular y los bronquios regular... tuvo anginas de pecho leves continuadas (...) Hasta que hubo un momento en que, aunque él no quería, nos empeñamos los hijos en que tuviera una persona por la noche, necesitaban a alguien allí» (EF-14, 4).

Recurso a cuidadoras internas inmigrantes

En más de la mitad de las familias estudiadas el recurso que se encontró para cuidar a la persona mayor, sobre todo en fases avanzadas de dependencia, fue una mujer inmigrante en régimen de «interna». La intención en la mayoría de los casos no era buscar una «inmigrante», sino alguien que pudiera cumplir bien esa función, pero de forma reiterada se señala que la oferta de empleo para trabajar en régimen interno esta formado casi exclusivamente por mujeres inmigrantes.

Las razones esgrimidas para optar por una empleada interna son muy variadas destacando, entre otras, las siguientes (escogemos una sola cita para cada caso):

- Seguir residiendo en la casa propia o de los hijos y, así, evitar el internamiento en una residencia:

«El motivo principal de optar por una interna fue, sin duda, que mi padre no quería salir de su casa o de la de alguno de los hijos. En su mentalidad, una residencia hubiera sido un abandono por nuestra parte» (EF-13, 3).
- Permitir a los familiares más directos seguir con sus trabajos y tareas familiares, aun cuando la persona mayor tuviera que vivir en la casa de los hijos:

«Conté con una interna porque a mí me era imposible. Mi madre necesita atención 24 horas y yo trabajo. Necesita la presencia de alguien continuamente» (EF-16, 4).
- Aprovechar un recurso que proporciona más horas de servicio continuo por parte de una misma persona, evitando así la rotación de cuidadores en varios turnos o la que brinda el Servicio de Ayuda a Domicilio, que alteran más a las personas mayores:

«Yo creo que los viejitos el que les atiende hoy uno, mañana otro y pasado otro, puede ser de una inseguridad aplastante. Cuando algo cambia, ¡pum!, se pone alerta. Entonces yo creo que eso... el que haya una cierta estabilidad es muy importante» (EF-15, 5).
- Beneficiarse de un precio más barato que otras opciones (como las residencias privadas o contratar por turnos a varias personas):

«Yo quería una persona que durmiese por la noche e hiciese los fines de semana, ¿eh?, porque, si no, tenía que estar una persona para dormir, otra por el día, otra los fines de semana... ¡menuedo dinero!» (EF-17, 9).

- Ayudar a familias migrantes que tienen muchas necesidades:

“Es una forma de ayudar a quien tiene necesidad y viene de un país extraño» (EF-2, 7).

Al contar con los cuidados de una persona interna, se proporciona al familiar dependiente un *servicio completo, continuo y personalizado* que, no obstante, necesita de otros apoyos al menos para atender las horas libres, los fines de semana y las vacaciones de la persona contratada. Tales huecos los suelen llenar los parientes más próximos (las hijas en primer lugar) que, además, son quienes gestionan la relación laboral con la empleada. A veces, además de la interna, la familia cuenta con otras empleadas «por horas» o incluso con una segunda empleada «externa» (que trabaja 60 horas/semana) en el caso de una familia donde los mayores atendidos son dos personas:

«Contar con una interna y otra externa a mí (la hija) me ha solucionado la vida. Se combinan entre ellas, porque yo necesito aquí siempre una persona y entonces yo les digo que ellas se combinen para que no coincidan. Las vacaciones de verano igual, para que no coincidan» (EF-16, 7).

La opción por una interna, cuando la familia no puede o no quiere hacerse cargo de los cuidados, se prefiere generalmente a internar al mayor en una residencia. Pero existe una *condición necesaria*, que no tienen todas las familias, cual es *contar con los recursos suficientes para pagar a la empleada interna*. Si no existen esos recursos y los parientes no se pueden encargar de los cuidados, sólo queda la opción de una residencia subvencionada públicamente:

«En un caso como el de mi madre, yo recomendaría optar por una interna, pero eso depende de si uno puede pagarlo. Para el que no pueda pagarlo, que hagan más residencias de ancianos, que hacen una falta enorme» (EF-2, 7-8).

Combinación de empleo externo por horas y otros recursos

Si el empleo interno y las residencias constituyen servicios en cierto modo «completos», que permiten cubrir ellos sólo la mayor parte de los cuidados de la persona mayor, cabe también utilizar una combinación de apoyos entre los parientes y el empleo a tiempo parcial. En las entrevistas realizadas a familias, hay varias que utilizan este modelo, siempre con el mismo esquema: se buscan empleadas externas para las horas en que las hijas o nueras (en segundo plano, yernos e hijos) tienen que trabajar; el resto del tiempo son los parientes quienes se encargan de la atención:

«Mi mujer y yo (yerno de los dos abuelos dependientes) trabajamos los dos. Lo que significa que al menos en los tiempos de trabajo fuera de casa teníamos que contar con alguna persona para atenderles. Por eso recurrimos a dos empleadas ecuatorianas, una que va cuatro horas por la mañana y la otra que va otras cuatro horas por la tarde. Los fines de semana nos encargamos nosotros o vienen a atenderles los otros dos hijos» (EF-3, 2).

«Como mi marido y yo (nuera de la mayor dependiente) trabajamos, yo tenía y sigo teniendo una asistenta que viene por la mañana para hacer las cosas de la casa. Entonces, al traer a mi suegra a casa, hace quince años, sólo necesitaba de compañía el rato que estaba la asistenta. Inclusive al principio podía salir sola a la calle. Luego ya nos dio muchísimo miedo y buscamos una empleada para que ese ocupara de la comida y de darle compañía entre las 13 y las 17 horas, pero desde que empezó a ser más dependiente se aumentó desde las 13 a las 21 horas. Por lo demás, yo la

atiendo de noche, la levanto y la doy el desayuno. Y todo el fin de semana nos encargamos de ella mi marido y yo. Y cuando falla la asistenta de por la mañana, que es la que más suele fallar, pues tengo que dejar el trabajo. El peso desde luego lo llevo yo» (EF-5, 3-4).

Residencias

En los casos estudiados el recurso a una residencia se ha producido por diversas circunstancias. En primer lugar, EF-10 (mujer soltera sin apoyo de parientes) ha tomado ella misma la decisión de internarse en una residencia, después de haber tenido varios años en su casa a empleadas externas. Sus motivos son dos temores concretos: que las empleadas la dejen «plantada», como ya le ocurrió una vez, o puedan abusar de ella (robarla, tratarla mal, etc.) cuando no se valga por sí misma. Evidentemente, en una residencia «formal» —aunque sea más cara que pagar a una empleada— esos abusos no pueden pasar:

«Yo soy muy desconfiada por naturaleza y la verdad pienso que me puede pasar cualquier cosa, tanto si son inmigrantes como si son autóctonas. En los dos casos es muy fácil que surjan problemas, sobre todo cuando yo estoy sola y desvalida. Por eso he pensado que lo mejor es acudir a una residencia como ésta donde estaré toda la vida. En cuanto a la última inmigrante que estuvo en mi casa, en realidad fue ella la que decidió irse en un momento dado y eso precipitó mi decisión de venir a la residencia» (EF-10, 5).

En el caso de EF-3 (señora con Alzheimer avanzado) la opción por internarla en una residencia tuvo lugar después de fallecer su marido y haber pasado ambos casi dos años en casa de la hija. Al quedar sola la madre, con pérdida total de la conciencia y notables interferencia en la vida familiar (gritos frecuentes, caídas, etc.), los dos hijos varones eran partidarios de ingresarla en una residencia y no estaban dispuestos en ningún caso a tenerla en sus casas, por lo que la hija —a pesar suyo— tuvo que asumir el internamiento:

«La decisión de internar a la abuela en una residencia se tomó ante la insistencia de los dos hijos varones, que no aceptaban compartir la atención de su madre con la hija. Su principal argumento era que la abuela no se enteraba de nada y que, por tanto, era indiferente quién la cuidase. Además la propia abuela tenía recursos de sobra para pagar una residencia privada. La hija pidió medio año para madurar una decisión, tiempo en que la cuidó en su casa y, después de ese tiempo, aceptó la idea de la residencia. En la decisión también influyó la alteración que representaba la abuela en la vida familiar —con varios hijos adolescentes— a causa de sus gritos, frecuentes caídas, etc.» (EF-3, 6).

Un último caso, muy diferente de los anteriores, es el de EF-19 (mujer divorciada de 72 años, con esquizofrenia y episodios de agresividad). La decisión de internarla la tomaron sus padres (de edad muy avanzada), después de tenerla en su casa durante cuatro años. El motivo fue los continuos disgustos que ocasionaba la hija enferma cuando no tomaba la medicación y adoptaba comportamientos alucinatorios y a veces agresivos. El padre fue agredido físicamente y a la madre le dio un ataque a consecuencia del cual falleció. Entonces optaron por internarla en una residencia psiquiátrica, lejos de Madrid, y cuatro años después la trasladaron a otra residencia de personas mayores en Madrid:

«Mi madre murió ya con el agravante de que fue cuando le dio a ella (hermana esquizofrénica de la entrevistada) aquel ataque, seguramente promovido por el nerviosismo de la enfermedad, y

fue cuando agredió a mi padre, todo el follón, que vino la policía, bueno, ¡aquello fue horroroso! Pero nos permitió poderla sacar de casa y llevarla a una residencia porque, si no, a mi padre se lo carga también» (EF-19, 9).

2.2.2. La conexión entre la demanda y la oferta laboral de inmigrantes. Importancia del «boca a boca»

En el cuadro adjunto se recoge la forma de contacto de las familias entrevistadas con las personas empleadas y algunas de sus principales características: nacionalidad, tiempo que llevaban en España en el momento de ser contratadas y estatuto legal de residencia al iniciar su trabajo y en la actualidad. Primero nos fijaremos en los mediadores que facilitaron la conexión entre la oferta y la demanda, y después describiremos las características de las personas contratadas (todas mujeres, salvo un empleado dominicano que trabajaba complementariamente por horas como apoyo de una empleada interna, también dominicana).

CUADRO 3

Forma de contacto con las empleadas inmigrantes y principales características

N.º	País de origen	Tiempo en España	Papeles inicio	Documentación actual
A través de familiares (que conocían a la empleada)				
EF-14a	R. Dominicana	Muchos años	Con papeles	Nacionalizada
EF-17	Ecuador	Pocos años	Sin papeles	Sin papeles (intento fallido)
A través de amigos				
EF-1	Bolivia	Recién venida	Sin papeles	Sin papeles
EF-13a	R. Dominicana	Muchos años	Nacionalizado	Nacionalizado
EF-14b	Ecuador	Muchos años	Con papeles	Trámite de nacionalización
A través de inmigrantes				
EF-3a	Ecuador	Recién venida	Sin papeles	Con papeles
EF-8	R. Dominicana	Recién venida	Sin papeles	Con papeles
EF-9	Cuba	Pocos años	Sin papeles	Con papeles
EF-15	Ecuador	Recién venida	Sin papeles	Con papeles
EF-16a	Colombia	Pocos años	Sin papeles	Sin papeles (intento fallido)
A través de familiares e inmigrantes				
EF-2	R. Dominicana	Recién venida	Sin papeles	Sin papeles
EF-6	Marruecos	Recién venida	Sin papeles	Sin papeles
EF-20	Perú	Pocos años	Sin papeles	Sin papeles (intento fallido)
A través de amigos e inmigrantes				
EF-10	Argentina	Muchos años	Con papeles	Con papeles
EF-11	Perú	Muchos años	Con papeles	Con papeles
EF-13b	R. Dominicana	Muchos años	Con papeles	Nacionalizada española
EF-16b	Ecuador	Pocos años	Sin papeles	Sin papeles (intento fallido)
A través de parroquias				
EF-5	Perú	Pocos años	Sin papeles	Nacionalizada española
EF-18	Ecuador	Pocos años	Sin papeles	Sin papeles (intento fallido)

N.º	País de origen	Tiempo en España	Papeles inicio	Documentación actual
A través de monjas				
EF-4	Guinea Ecuatorial	Muchos años	Sin papeles	Con papeles
EF-7	Perú	Recién venida	Sin papeles	Con papeles
A través de una empresa privada de Ayuda a Domicilio				
EF-3b	Ecuador	Muchos años	Con papeles	Con papeles
A través del Servicio Municipal de Ayuda a Domicilio				
EF-12a	Colombia	Muchos años	Con papeles	Con papeles
EF-12b	Polonia	Muchos años	Con papeles	Con papeles

FORMAS DE CONEXIÓN CON LAS PERSONAS EMPLEADAS

La mayoría de las familias entrevistadas conectó con las empleadas inmigrantes a través de tres vías informales: los parientes, los amigos y los propios inmigrantes. Es el «boca a boca» entre redes de parentesco, amistad o vecindad que sirve de garantía para aceptar en casa a una persona desconocida. En cuatro casos el canal utilizado fueron instituciones religiosas (Cáritas parroquiales y dos congregaciones de monjas). En otros dos casos el canal fue el Servicio de Ayuda a Domicilio del ayuntamiento y en un solo caso una empresa privada de Ayuda a Domicilio.

Los propios inmigrantes han intervenido como mediadores en doce casos. De ellos, han sido únicos intermediarios en cinco, en combinación con amigos de la familia en cuatro y en conexión con parientes más o menos lejanos de los empleadores en tres. Recogemos una cita de cada forma de mediación:

«La forma como conseguimos encontrar a X fue a través de una *amiga ecuatoriana* que habíamos conocido años atrás. Esta persona se enteró de que buscábamos a una cuidadora y ella nos dijo que tenía una cuñada en Ecuador que estaba a punto de venir y que si conseguimos ese trabajo para ella se quedarían muy agradecidas, así que dos días después de aterrizar en España vino a casa y desde entonces ha estado con nosotros» (EF-3, 3).

«Mi *cuñada* había contratado una *asistente dominicana* que estuvo muchos años en su casa, le arregló los papeles y, al cambiarse de casa, consiguieron que la asistente se quedara con la portería de la casa. Así que ella estaba muy agradecida y recurrimos a ella —a través de mi cuñada— cuando necesitamos una interna y ella nos dijo que en ese momento tenía una para otra familia pero que ellos siempre estarían delante. Y nos envió a X» (EF-2, 4).

«X es prima de una *chica ecuatoriana* que cuidó a la abuela de un *conocido nuestro*. Esa chica ecuatoriana fue la que hizo de contacto» (EF-16, 6).

El contacto se ha establecido a través de amigos españoles en tres casos, que conocían directamente a una candidata inmigrante:

«X estaba en casa de una *amiga* cuidando a su madre. Cuando ésta murió había pasado a otra casa con una señora mayor que tenía muy mal genio, muy mal carácter y no estaba nada a gusto. Entonces la amiga mía me dijo: “si quieres que hable yo con X, para nosotros ha sido un encanto”. Y entonces vino a casa» (EF-14, 5).

En dos casos el mediador único fue un pariente más o menos lejano de la propia familia que conocía personalmente a una mujer inmigrante con el perfil que se buscaba:

«Se murió el tío de una cuñada mía y entonces mi cuñada me lo comentó. Me dijo: "se ha quedado sin trabajo, parece muy maja la chica". Entonces hablé con ella y tal, y ahí estamos» (EF-17, 4).

Las instituciones religiosas (Cáritas parroquiales o comunidades de monjas) han intervenido como mediadoras en cuatro casos. Esta mediación se considera una garantía para las familias:

«La contraté por teléfono a través de una bolsa de trabajo de Cáritas, que ya me había mandado alguna asistenta» (F-5, 3).

«A través de las monjas de Ríos Rosas. Ahora no me acuerdo a qué orden pertenecen... mi madre siempre las ha conocido como "monjas del servicio doméstico". Son unas monjas que forman a estas mujeres, las enseñan, ¿no? Y por ahí la encontramos, lo mismo que a las otras dos que tuvimos antes. Las monjas son una garantía, no sé, se responsabilizan de estas chicas» (EF-7, 2-3).

En un solo caso la conexión con la empleada se produjo a través de una empresa privada de Ayuda a Domicilio. Al cabo de un mes de proporcionar sus servicios como asalariada, la familia se enteró de que aproximadamente la mitad de lo que ellos pagaban a la empresa no lo cobraba la empleada, por lo que propuso a ésta si quería seguir trabajando como particular, al margen de la empresa, pero cobrando bastante más, a lo que ella accedió con gusto:

«La empleada más antigua fue a la casa de mis suegros a través de una empresa privada de ayuda a domicilio, que la tenía como asalariada. La familia pagaba directamente a la empresa y ésta era la que mantenía la relación laboral con la empleada. Sólo trabajaba tres horas por la mañana. Entonces nos dimos cuenta de que lo que ella percibía de la empresa era más o menos la mitad de lo que mis suegros pagaban, lo que nos pareció un claro abuso. Entonces mi suegro la propuso seguir trabajando con ellos a título particular pero cobrando ella directamente un salario bastante mayor que lo que le pagaba la empresa. Ella acepto encantada y ha seguido con mis suegros unos cinco años» (EF-3, 3).

Por último, están las dos inmigrantes del Servicio Municipal de Ayuda a Domicilio que acuden a trabajar por horas a la casa de EF-12. El propio servicio municipal se encarga de enviar a las auxiliares, que trabajan un mes sí y otro no, ya que la persona atendida cambia de casa y de ciudad todos los meses, de ahí que las empleadas varíen continuamente a lo largo del tiempo:

«Las auxiliares vienen a través del ayuntamiento. Me dijo el médico: "tiene usted que ir a visitar a su ayuntamiento y solicitar la ayuda a domicilio". Entonces fui y yo no pago porque soy viuda. Ahora mismo la que tengo por la mañana es colombiana y la de la tarde polaca. Las hay más buenas y menos buenas» (EF-5, 4-5).

NACIONALIDAD, MOMENTO DE ACCESO AL EMPLEO Y ESTATUTO JURÍDICO

De las 24 personas inmigrantes contratadas por las familias entrevistadas, 21 son latinoamericanas, destacando las ecuatorianas (7), las dominicanas y las peruanas (4). El resto está muy repartido entre

Colombia, Argentina, Cuba y Bolivia. El resto de empleadas corresponde a Marruecos, Guinea Ecuatorial y Polonia. El peso destacado de las latinoamericanas, y particularmente de las ecuatorianas, se corresponde con la mayor presencia de inmigrantes de ese origen en la Comunidad de Madrid.

Tan sólo en un caso aparece un hombre, dominicano, como cuidador por horas de un mayor que le contrató precisamente por ser varón para atenderle en sus desplazamientos y en su higiene íntima al levantarse y al acostarse, evitando así por pudor que la mujer interna desempeñara esas tareas:

«Hasta los últimos meses de su vida mi padre se bañó solo, adaptando el baño con tiradores y una silla apropiada, y se aseaba personalmente. Sólo cuando esto se fue haciendo más difícil por la pérdida de movilidad y visión fue cuando se pensó en ponerle como ayuda a un hombre, dominicano, que le atendió muy bien. Esto supuso un avance en la atención a mi padre, que ganó en higiene personal y mejoró en el aspecto externo, limpieza y buen olor» (EF-13, 10).

En el momento de ser contratadas la mayoría de las empleadas llevaban poco tiempo viviendo en España (siete) o eran recién llegadas (otras siete). En diez casos se trataba de personas que llevaban en España bastantes años y que, por eso, ya contaban casi todas con permiso de residencia en España. En cambio, *ninguna de las catorce recién llegadas de su país o que llevaban en España poco tiempo tenía los papeles en regla al iniciar su actividad laboral como cuidadoras de mayores* (en su mayoría como internas).

En conjunto, iniciaron su actual trabajo sin documentación quince de las veinticuatro personas empleadas para cuidar a mayores (63%). Sin embargo, en el momento de hacerse la entrevista ya habían regularizado su situación jurídica y otra tenía el expediente en trámite. Además, otras cinco aluden expresamente en las entrevistas a que habían iniciado la tramitación pero *habían desistido o se les había denegado a causa de la rigidez mostrada en los últimos dos años por los responsables de la administración*. En definitiva, actualmente, diecisiete tienen la documentación en regla, seis han iniciado la tramitación —aunque varias han desistido o se les ha denegado— y sólo una, recién venida de Bolivia, sigue sin hacer ningún trámite.

2.2.3. El papel de los parientes en la atención a los mayores. División sexual del trabajo

En casi todos los casos estudiados en la Comunidad de Madrid, los propios parientes han jugado un papel importante en la atención de las personas mayores. La única excepción es quizás EF-10, mujer soltera y ya sin hermanos quien, ante la falta de cobertura familiar, ha gestionado ella directamente su relación con las cuidadoras externas y, al final, ha tomado la decisión de internarse en una residencia. El apoyo de los parientes en los demás casos los podemos dividir en dos grupos en función de la casa donde reside la persona mayor: la suya propia (el pariente cuidador es externo) o la casa del pariente cuidador (una hija habitualmente). Por otra parte, un eje vertebrador de la atención familiar es la división de roles entre el hombre y la mujer, ya que esta última carga con la mayor parte de las tareas.

LA PERSONA MAYOR PERMANECE EN SU CASA (EL PARIENTE CUIDADOR ES EXTERNO)

Al iniciarse la etapa de dependencia, debido a alguna discapacidad, las personas mayores suelen preferir *mantenerse en su domicilio*, descartando mientras pueden las ofertas de los hijos para acudir a sus casas. Es una forma de mantener la autonomía y los vínculos afectivos que les unen a los lugares y las personas con los que se sienten más familiarizados. Son muchas las referencias que aparecen en las entrevistas a la importancia que tiene para las personas mayores seguir viviendo en su casa todo el tiempo que sea posible, idealmente hasta su muerte. Citamos algunos ejemplos:

«Queríamos (los hijos) traérnosla a casa, pero, claro, ella dijo que de repartírnosla nada. ¡Que ella quería estar en su casa!» (EF-1, 3).

«Estuvimos un tiempo en que cada día íbamos un hijo a dormir, porque ella no deja la casa ni loca» (EF-2, 3).

«Se ha negado sucesivamente a todas las cosas que le hemos ido proponiendo. Al final, la verdad es que lo que quiere es estar en su casa» (EF-8, 3).

«El principal motivo de contratar una interna fue sin duda que mi padre no quería salir de su casa. (...) Y así fue, se mantuvo en casa hasta media hora antes de fallecer en urgencias de un hospital» (EF-13, 3).

En la mitad de las familias entrevistadas el mayor es atendido en su propio domicilio y en todos los casos los parientes cercanos le prestan atención, si bien en grados diversos, dependiendo de las circunstancias. En primer lugar, influye el grado de la limitación, ya que hay varios casos en los que la persona mayor tiene un amplio margen de autonomía y es ella la principal gestora de los cuidados, es decir, quien toma las decisiones de contratar apoyos externos, etc.; en el extremo contrario, están los mayores con graves limitaciones, físicas y/o mentales, en cuyo caso la gestión de los cuidados corresponde totalmente a los parientes. En segundo lugar, influye la predisposición y capacidad de los familiares para atender al mayor, aspectos que dependen estrechamente del sexo de los parientes y de su disponibilidad de tiempo (si trabajan o no fuera de casa).

EF-9 es una mujer viuda de 74 años que vive sola y ha decidido contratar a una empleada que la acompaña las noches y las mañanas. Por la tarde sale a pasear ella sola o acude a casa de alguno de sus hijos. Aunque toma varias medicinas, se encuentra bien física y mentalmente y desarrolla las tareas domésticas con el apoyo de la empleada.

EF-8 es un hombre viudo de 83 años que también vive solo y tiene dos hijos varones. Aunque padece varios achaques (anda con mucha dificultad, artritis, marcapasos en el corazón, etc.) y su pensión es modesta, se apaña él sólo para gestionar la atención de sus necesidades: ha llegado a un convenio con una mujer inmigrante, que trabaja en un restaurante, para que duerma gratis en una habitación de su casa a cambio de compañía y de que le haga algo de limpieza en la casa; ha solicitado y obtenido del ayuntamiento el servicio de teleasistencia; con una vecina ha acordado que le pase una ración de comida a cambio de una pequeña cantidad de dinero; si necesita ir al médico, llama a una inmigrante colombiana que conoce para que le acompañe a cambio también de un pequeño pago... En cuanto a sus dos hijos varones, le llaman de vez en cuando por teléfono y uno de ellos acude un día a la semana a comer con él, pero tienen claro que cuando el grado de dependencia de su padre sea mayor le «determinarán» a ir a una residencia:

«Otra cosa es que nos planteemos (los hijos) el tema de la residencia. De hecho este verano intentamos que probase una de esas residencias de un mes, era una forma de ver... pero ¡también se negó en rotundo! Pero, claro, en la medida en que se haga más mayor las cosas tampoco van a depender tanto de él y *habrá que tomar una determinación*. El coste lo podremos pagar entre su pensión y nosotros» (EF-8, 7).

En otros tres casos (EF-1, EF-2 y EF-20) los mayores mantienen un notable grado de autonomía personal, aunque sus hijas colaboren más estrechamente en la gestión de los servicios para atenderles (en los tres casos una empleada interna). Las hijas les llaman por teléfono con mucha frecuencia, les van a ver varias veces a la semana y les acompañan o les llevan a comer a su casa en los fines de semana:

«Pues les llamo dos veces o tres al día y de ir... pues los martes le llevo la compra y los fines de semana viene aquí o va mi hermana allí» (EF-1, 4).

«Desde que se puso mala la veo más, no pasa un día sin verla. Antes iba muchos días, pero algún día a lo mejor no iba. Además, ahora está más aburrida. Ayer fuimos a hacer un recado y lo pasó genial. Como vivo cerca de ella, estoy media hora con ella y me vengo a casa. Otros días paso la tarde con ella, los domingos siempre» (EF-2, 4).

Cuando la dependencia de los mayores es mayor y éste sigue viviendo en su casa, el apoyo de los parientes se incrementa en muchos sentidos. La gestión de los cuidados pasa a depender totalmente del familiar cuidador y también una parte de las tareas domésticas, completando los servicios proporcionados por el personal empleado que vive con el mayor. Contamos con cuatro familias en esta situación, que presentan diversas estrategias de apoyo al pariente dependiente:

- EF-4 es una mujer que depende de otras personas para muchas funciones corporales pero que no ha perdido la conciencia. La mayor parte de los cuidados se los proporciona una empleada externa guineana, de quien la familia está muy contenta. Por la noche duerme bien, pero dispone de un timbre que está conectado con la casa de su hija, que vive en otro piso del mismo bloque y puede acudir en su ayuda si lo necesita. Los fines de semana es atendida por la hija y a veces por el hijo que, aunque vive a 400 kilómetros, acude periódicamente a pasar el fin de semana con su madre en compañía de la nuera.
- EF-6 es un hombre soltero de 86 años, con problemas de movilidad y demencia senil moderada. Sigue en su casa con una empleada interna marroquí que desempeña el grueso de los cuidados, pero quien gestiona la situación es su hermana que, antes de casarse, había vivido con él muchos años. Ella lo visita continuamente y le atiende los fines de semana, se encarga de pagar a la empleada y de llevar las cuentas del mayor (que le ha delegado «los poderes»). Además una sobrina acude a la casa para ayudar a la empleada cuando tiene que bañar a su tío y un sobrino cubre las eventuales ausencias de su madre (hermana del mayor) y se encarga de llevarlo en coche al hospital cuando es necesario.
- EF-13 es un hombre viudo de más de 90 años que ha ido perdiendo la visión y algunas facultades motoras pero que conserva bien sus facultades mentales y vive solo en su casa. Además de una interna, un empleado por horas para los momentos de levantarse y acostarse y dos asistentes que acuden a limpiar la casa varios días de la semana, cuenta con un amplio repertorio de cuidados de sus parientes que contribuyen a crear un clima muy satisfactorio:

«La relación con el abuelo fue constante. Dos hijas y un hijo, todos casados y con hijos, vivíamos muy cerca y otros algo más lejos pero en la Comunidad de Madrid, de modo que todos los días, sobre todo por las tardes al salir de trabajar, unos u otros nos acercábamos a estar un rato con el abuelo. En concreto, yo (hija) me encargaba de sacarle a pasear todas las tardes; una hermana mía se encargaba de hacer la compra todos los días y pensar la comida para el día siguiente, etc. Las hijas nos ocupábamos de los temas de la casa y de la relación con las empleadas de hogar y el cuidador del abuelo. Otro hermano le llevaba casi a diario los temas de bancos y alquileres... Y los fines de semana acudíamos por turnos las familias de los hijos a suplir a la empleada interna quedándonos a dormir con él la noche del sábado. Es decir, la casa del abuelo era de continuo trasiego de hijos y nietos. Varios nietos comían todos los días con el abuelo y esto a él le encantaba y por él hubiera deseado que estuvieran más tiempo en su casa, era una persona feliz con sus nietos» (EF-13, 6-7).

- La familia de EF-14 atiende a los dos abuelos, ella con Alzheimer y él con graves problemas cardíacos, que siguen viviendo solos en su propia casa. El modelo de atención es parecido al caso anterior: en torno a una interna ecuatoriana y una asistenta para la limpieza, que cubren el grueso de las atenciones cotidianas, aparecen dos círculos de apoyo familiar: el primero, la hija, gestora del conjunto de los cuidados; y el segundo los tres hijos varones, que cubren apoyos más especializados (uno la contabilidad del hogar, otro traer las medicinas, etc.). Los fines de semana se encargaban de los padres los cuatro hijos por turnos.

LA PERSONA MAYOR PASA A VIVIR A CASA DEL PARIENTE CUIDADOR

Encontramos aquí dos modalidades de atención que dependen del grado de implicación de los familiares. En unos casos el peso mayor de los cuidados recae sobre alguno de los parientes —siempre el cónyuge o una hija en nuestras entrevistas—, teniendo los empleados externos un papel secundario de apoyo. En otros casos el peso cotidiano de los cuidados recae sobre una empleada (o varias), adoptando los parientes un papel de apoyo y de supervisión del conjunto de las tareas. Entre ambas modalidades existen también situaciones intermedias.

En tres de las familias que hemos entrevistado, son las hijas quienes se encargan fundamentalmente de atender a su padre o a madre dependientes. En el primer caso (EF-12) son las dos hijas, por turnos mensuales, quienes atienden a su madre afectada de Alzheimer con la única ayuda del SAD municipal a las horas de levantarse y acostarse. En el segundo caso (EF-18), es una hija única la que atiende a la vez a su padre y a su madre con la ayuda puntual de una empleada por horas. Y el tercer caso es una hija quien atiende a su madre a lo largo de todo el año, con el «respiro» de una empleada interna en el mes de vacaciones de su marido. Son casos a los que ya hemos aludido y que tienen como denominador común el tratarse de cuidadoras con cuatro características: ser mujeres, hijas de la persona atendida, amas de casa (sin trabajo extradoméstico) y gozar de buen estado de salud.

En varias de las familias entrevistadas se recuerdan tiempos ya pasados en los que el cónyuge del mayor dependiente se había constituido en su cuidador principal —y a veces exclusivo—. Una situación por la que sin duda pasan muchas parejas mayores cuando uno de sus miembros comienza a necesitar del apoyo de otra persona.

El resto de casos —hasta seis— se caracterizan por contratar en la casa a una persona interna o a varias externas para cubrir la mayor parte de las necesidades de los mayores, sobre todo en la franja horaria en la que el pariente cuidador (que también pueden ser varios) está trabajando fuera de casa. No obstante, el pariente que se encarga de la atención —de nuevo las hijas pero también una nuera y un padre— desempeña bastantes funciones que complementan el trabajo de las empleadas. Recogemos un par de testimonios de esta modalidad de atención que parece ser bastante frecuente en los hogares españoles:

«Levanto a mi madre todos los días y los fines de semana me encargo yo de todo. Además, quien cocina soy yo. Guiso porque mi madre no quiere que lo haga ninguna otra persona. Guiso para quince días y lo congelo todo. El baño también lo hago yo, la baño entera... pues por esas cosas, ¿no?, es algo que le da cierta vergüencilla hacerlo con la empleada. Y de lo médico... ¡el médico soy yo, hija!, mi madre se aprovecha de que esa es mi profesión y también me encargo yo. Y bancos y esas cosas también» (EF-7, 3).

«Además de gestionar todo lo de las empleadas (interna ecuatoriana y asistente española), tengo tiempos especiales con mi padre. Habitualmente le levanto por la mañana, le baño, desayuno con él, como con él algunos días, otros no, y luego hay tres días por semana que estoy con él en casa a media tarde, o sea, es bastante tiempo» (EF-15, 5).

En algunas ocasiones la interferencia de la persona mayor en la vida familiar es tan grande que los hijos deciden llevarla a una residencia. Es lo que ocurrió, por los motivos que ya hemos explicado, a EF-3 (paciente de Alzheimer) y a F-20 (mujer esquizofrénica).

DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO: CONCENTRACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LAS MUJERES

Una constante en las entrevistas realizadas es que son mujeres quienes llevan las riendas del cuidado de los mayores y quienes se ocupan de la mayor parte de las tareas. Sólo se excluyen de esta situación los maridos que atienden a sus cónyuges (como les ocurrió en el pasado a EF-3 y EF-14) y aquellos casos en los que no hay mujeres en la familia (EF-8 y EF-9 que sólo cuentan con hijos varones o EF-17 que cuenta con una hermana pero es muy mayor y está enferma). Asimismo, el problema de la división sexual del trabajo tampoco se plantea si las personas mayores sólo tienen hijas (EF-12, EF-15, EF-16 y EF-18). Pero cuando los candidatos a cuidadores son de ambos sexos, inexorablemente son las mujeres las que asumen los roles principales, mientras los hombres se asignan papeles secundarios o de apoyo. La gama de situaciones es muy variada y expresiva por lo que recogemos una amplia selección:

- Viuda de 91 años que vive sola (EF-1): tiene dos hijas y un hijo. Los fines de semana se turnan las dos hijas para suplir a la interna; sólo esporádicamente el hijo cumple esta función. De la gestión de la empleada se encarga la hija que vive más cerca.
- Viuda de 79 años que también vive sola (EF-2): tiene una hija y dos hijos. La hija se encarga de gestionar el contrato de la interna, acude a ver a la madre todos los días y pasa el fin de semana con ella; «mis hermanos es menos, la llaman por teléfono y la van a ver un día a la semana, uno porque trabaja, el otro por no sé qué».
- Pareja de mayores, ella con Alzheimer y él con cáncer terminal (EF-3): tienen una hija y dos hijos. Viven en casa de la hija que es quien lleva la relación con las dos empleadas por horas y cubre a diario,

con el apoyo del yerno, buena parte de las tareas (levantar y acostar a la madre, hacer la compra y las comidas, acompañar al padre a la quimioterapia, etc.). Los hijos acuden algunos fines de semana para que libre la hermana.

- Viuda de 89 años que vive sola (EF-4): tiene un hijo y una hija. Esta última se encarga de la relación con la empleada externa, por las noches está pendiente de su madre a través de un timbre conectado entre los dos domicilios y los fines de semana se encarga de todo. El hijo vive en otra ciudad, llama de vez en cuando por teléfono y releva a su hermana, en compañía de su mujer, algunos fines de semana.
- Viuda de 90 años que vive en casa de su único hijo (EF-5): la nuera es quien se encarga de supervisar a las empleadas (una externa y otra asistenta) y de suplirlas cuando es necesario. El hijo colabora.
- Viuda de 90 años que vive sola con una interna (EF-7): tiene un hijo y una hija. La hija gestiona la relación laboral de la empleada, hace las comidas a su madre, se encarga de ella los fines de semana, etc. El hijo «vive fuera de Madrid y no se hace cargo».
- Viudo de 91 años que vive solo (EF-13): tiene tres hijas y cuatro hijos. Las mujeres se encargan de pasear al abuelo todas las tardes, de la compra y organización de las comidas y de la gestión de las personas empleadas; un hijo lleva las cuentas y todos se encargan por turnos de pasar los fines de semana con el abuelo.
- Pareja de 88 y 87 años que se mantienen en su casa (EF-14): tienen una hija y tres hijos. Todos viven cerca y atienden por turnos a los abuelos en los fines de semana, pero es la hija quien se encarga «más directamente de llevarlo todo» y de gestionar a las empleadas.
- Viuda de 89 años en casa de la hija (EF-11): tiene un hijo y una hija. Ésta es la que se encarga de atender a su madre en todos los aspectos; el hijo colabora con los gastos que origina la madre.
- Viudo de 93 años que vive en su casa con una interna (EF-20): tiene un hijo y dos hijas. Éstas se encargan de gestionar el servicio y de acompañarle los sábados y los domingos. El hijo vive en otra ciudad y se encuentra con el padre y las hermanas en las vacaciones de verano.

Esta sobrecarga de tareas en las mujeres, que se observa en todos los casos en los que hay hijos de ambos sexos, se relata en muchas entrevistas con toda naturalidad, como si fuera algo «natural» o «propio de mujeres» el atender a los mayores dependientes. En algunos casos las mujeres cuidadoras aluden a que se trata de un modelo tradicional, de otra época, pero incluso entonces se acepta «sin ningún problema»:

«Aunque tengo un hermano, la atención de mi madre corre fundamentalmente a cargo mío, pues *la predisposición que tenemos en general las mujeres que hemos sido formadas en otra época es que de los padres ancianos nos tenemos que encargar nosotras*. Mi hermano, y lo mismo mi nuera, están pendientes de cómo está mi madre, pero en realidad la dedicación la llevo yo. Sin embargo, a pesar de que mi hermano y la nuera no dedican tiempo, sí que colaboran económicamente con los gastos que origina mi madre, y eso *lo llevamos de mutuo acuerdo sin ningún problema*» (EF-11, 3).

Los hombres tienden a eludir responsabilidades y a delegar la función de los cuidados en las mujeres de la familia o en empleadas externas. En la entrevista EF-6 se produce un discurso que podemos calificar de «machista» cuando el sobrino entrevistado, de 39 años, que había vivido durante muchos años una

relación de tipo «filial» con su tío, ahora dependiente, se da cuenta de que él, «como es un hombre», no puede encargarse de atender a su tío:

«Yo, por mi trabajo, estuve compaginando mi trabajo con la atención a mi tío y llegaba allí y hacía la comida y la cena... y luego me iba con la novia. Pero, claro, *yo soy un hombre y no me puedo estar atendiendo de una persona mayor*» (EF-6, 3).

La misma posición ideológica es la reflejada por EF-9, mujer viuda de 74 años atendida por una señora cubana seminternada (pasa con ella la noche y la mañana) cuando, al hablar de sus cuatro hijos varones, todos casados, matiza que no piensa vivir en sus casas porque todas sus mujeres también trabajan. No se plantea que sean sus hijos quienes le atiendan sino sus nueras, evidentemente por su condición de *mujeres*:

«A mis cuatro hijos les gustaría que estuviera en su casa pero tanto ellos como sus esposas trabajan los dos, los niños comen en los colegios y yo iba a pasar el día sola, igual que en mi casa. Todavía si alguna de sus mujeres no trabajara... pero se van los dos, se van los niños y para estar allí sola...» (EF-9, 3 y 5).

En aquellos casos en que no hay mujeres, y salvo el caso de algunos cónyuges cuidadores de sus esposas, ninguno se encarga en exclusiva de atender a sus padres (como hacen varias mujeres «amas de casa») y optan entre contratar servicios en el mercado de los cuidados o solicitar el ingreso en una residencia.

Cuando las hijas tienen hermanos y tratan de implicarlos en los cuidados de forma igualitaria, se intuyen situaciones de tensión que suelen terminar en el victimismo de las mujeres, que acaban asumiendo resignadamente la situación por el bien de los padres y por la unidad de la familia (EF-3 y EF-14) o el conflicto abierto entre hermanos, poco explícito en nuestras entrevistas pero amenazante en varios casos.

2.2.4. Tareas encomendadas a las cuidadoras inmigrantes y grado de satisfacción sobre su cumplimiento

Las tareas encomendadas varían de unos casos a otros en función de dos factores: la implicación de los parientes en los cuidados y el tipo y grado de dependencia de la persona mayor. La *implicación de los parientes* ya la hemos visto en el apartado anterior y va desde los casos de máxima implicación en que los propios familiares —habitualmente el cónyuge sano o una de las hijas— cargan con la mayoría de los cuidados, hasta los de menor cooperación en que se deja la atención en manos de instituciones o de personas contratadas. En este último caso los cuidadores externos pueden ser *por horas*, si cubren menos de 25 horas semanales; *externos*, si trabajan una jornada laboral mayor de cinco horas diarias, o *internos*, si pernoctan en casa de la persona mayor.

En segundo lugar, las tareas encomendadas dependen del *grado de dependencia de los mayores*. Los hay que pueden cubrir por sí mismos prácticamente todas sus necesidades y entonces lo único que reclaman es compañía, ya sea diurna o nocturna, si bien en estos casos se espera de la empleada que coopere

también en las tareas domésticas. En el extremo opuesto, hay mayores que dependen para todo de otras personas, en cuyo caso los cuidados y la vigilancia se multiplican, tanto para atender al mayor como para arreglar la casa. Entre ambos polos, la gradación de situaciones es muy amplia, siendo casi siempre necesaria la cooperación de los familiares, aunque no sea más que para supervisar el trabajo del personal empleado y cubrir sus tiempos de descanso.

VALORACIONES NEGATIVAS

La opinión de las familias entrevistadas en torno al trabajo desempeñado por las mujeres inmigrantes varía también de unos casos a otros. Como balance general, son muy pocas las que están insatisfechas (dos familias). La mayoría está contenta (ocho casos) o tiene una posición ambivalente: bien en unas cosas, mal en otras (siete casos).

De las *valoraciones negativas*, en un caso se trata de una mujer dominicana que trabaja todo el día en un restaurante y vuelve muy cansada a la casa del mayor, por lo que no cumple su compromiso de hacerle gratis algunas tareas domésticas, a cambio de dormir (con lo que se ahorra el alquiler de una habitación). Parece ser que la empleada ha decidido ya irse de la casa y se encuentra sin motivación para hacer las tareas:

«El acuerdo que hay es que ella viene a dormir a casa y tiene una habitación propia. No se la cobra nada por el alquiler y, a cambio, ella limpia la casa y está con el abuelo. El acuerdo inicial era que le diera compañía y le acompañara a los sitios y hacer gestiones, además de hacer la casa. Pero la situación ha cambiado, ya que ahora trabaja como cocinera en un restaurante, y llega de su trabajo cansada, *ya no hace las tareas*. Como que a ella no le cubre las expectativas. Al final, nunca llegamos a pagarla nada y ella no hizo casi nunca nada de lo acordado. *Hay un desinterés por su parte grande*» (EF-8, 6).

El segundo caso de valoración global negativa es de una ecuatoriana interna que se inició en el trabajo recién llegada de su país. Tiene buena voluntad pero poca predisposición y capacidad para desempeñar sus tareas. La principal de ellas es acompañar al abuelo en casa y en los paseos de la mañana y de la tarde, pero en este sentido la familia se queja de que su amabilidad es «superficial» y ello lo achaca a que sus «vínculos» sentimentales los tiene con el país de origen, no con el abuelo al que atiende. La entrevistada generaliza esta crítica a las empleadas inmigrantes en general, en vivo contraste con la opinión manifestada en otras entrevistas (que precisamente valoran la capacidad de empatía de dichas mujeres, sobre todo de las latinoamericanas):

«Yo tengo una inmigrante porque no encontré otra cosa. Yo hubiera preferido española sin ninguna duda, vamos, ¡a kilómetros!, pero eso creo que ya no existe. Conmigo me daría lo mismo pero con una persona mayor como mi padre, que tiene poca flexibilidad de cabeza, ¡pues si eres castellano y le atiende una castellana pues se entienden mucho mejor!. Pero si le atiende una ecuatoriana entonces está claro que... él mismo estaba desconcertado en algunas cosas. (...) Además, lo entiendo clarísimamente, porque *con todo lo que han dejado atrás, ¿cómo los inmigrantes se van a vincular afectivamente a esto?* Si sacan los afectos a flor de piel, sacan los afectos de lo que han perdido. A mí lo que me resulta extraño es que una inmigrante con un hijo quiera a un

hijo de una persona ajena, vamos, ¡es que eso es milagroso! Por eso, la *anestesia afectiva* que tienen en general y que es muy difícil vincularse a ellas» (EF-15, 3 y 9).

Además de la dificultad de establecer vínculos afectivos con el abuelo, la empleada anterior no hace bien la limpieza y es «incapaz» de aprender a cocinar. En consecuencia, tiene que contar con una asistente española para la limpiar a fondo la casa y ella misma —la hija entrevistada— se encarga de las comidas:

«Hace la casa teóricamente, porque la limpieza a fondo la hace la asistente española... y la cocina ya he decidido que es que no puede aprender a guisar...» (EF-15, 6).

VALORACIONES AMBIVALENTES

Las *valoraciones ambivalentes* de las cuidadoras aparecen con bastante frecuencia, con argumentos que se repiten a menudo, tal como recogemos con detalle en el Cuadro 4.

CUADRO 4

Opiniones ambivalentes de las familias entrevistadas sobre las empleadas inmigrantes

	Lo positivo	Lo negativo
EF-2	Buen carácter, tranquila («lo fundamental para mi madre»). Lleva bien el control de las medicinas.	«En teoría está para hacer la casa; en la práctica <i>no sabe hacer nada</i> . Cuando llegó no sabía ni cómo bajar las ventanas ni poner una cafetera. Ahora <i>la estamos enseñando</i> » (6).
EF-3	Amable, responsable, trabajadora («tiene la experiencia de haber criado a tres hijos»).	Poca experiencia en atención de ancianos aunque ha aprendido con la práctica. Su sentido de la limpieza, la forma de planchar o su manera de cocinar satisfacen poco.
EF-5	De trato excelente, cariñosa, gran respeto al mayor: «la abuela no acepta otra que no sea X» (5).	«En cuanto a la casa, colabora puntualmente pero, bueno, ¡sobrevivo!» (5).
EF-10	Bien las tareas domésticas y el acompañamiento.	No le gustó que la abandonara de repente al encontrar un empleo mejor (pero lo entiende).
EF-13	Trato agradable y tranquilo. Hace las tareas poco a poco.	Ritmo de trabajo demasiado lento: «hay que tragar con determinadas situaciones por el bien general» (10).
EF-17	Acompaña a la abuela y hace correctamente la comida y las tareas del hogar.	No sabe cocinar pero le enseña la otra empleada española. Y «huele mal, mi casa ahora huele distinto... no es racismo ni nada de nada... pero en navidades la tenemos que regalar un jabón y un desodorante o una colonia» (11).
EF-20	Acompaña al abuelo por la noche y hace las tareas de la casa («más o menos»).	Tiene problemas personales con la única hija que tiene en España y ello repercute en su trabajo (nerviosismo, planes de dejar la casa...).

En varios casos se alude a la poca experiencia de las empleadas, a las que hay que enseñar en una primera etapa, no sólo a cuidar al mayor, sino también a cocinar, limpiar, etc. A veces esta iniciación se interpreta en términos etnocéntricos, como si esas personas procedieran de una cultura atrasada («venía salvaje», «incivilizada»...) pero en otros casos se alude a las diferencias culturales (forma de limpiar, menús propios de cada país, etc.) o a la falta de formación profesional para explicar la falta de preparación.

Otra queja relativamente frecuente es la lentitud en la ejecución de las tareas, sobre todo en relación a las inmigrantes latinoamericanas (las africanas y europeas del Este serían más eficientes). En cambio, las procedentes de América Latina son más valoradas por su amabilidad, dulzura y respeto en el cuidado de los mayores. También este punto es interpretado en términos de diferencia cultural como si las inmigrantes procedieran de culturas rurales donde los ancianos son más apreciados y respetados.

VALORACIONES POSITIVAS

Por último aparecen también bastantes casos en los que la opinión de las familias es del todo positiva, tal como se recoge en el Cuadro 5.

CUADRO 5

Opiniones positivas de las familias entrevistadas sobre las empleadas inmigrantes

EF-1	Hace todas las tareas «superfenomenal», aunque al principio hubo que enseñarle los menús españoles, pero luego también muy bien.
EF-4	«Es negra como el tizón pero muy bien, no hemos tenido cosa igual... muy cariñosa pero muy seria. Y hace su trabajo perfectamente... sin ningún problema» (7).
EF-6	«Estoy supercontentísimo, vamos, la alimentación y el aseo del anciano ¡perfectos!, los cuidados de su salud ¡perfectos! Y el trato es cariñosísimo. Una española no haría eso... vamos, una chica joven... ¡Estamos contentísimos!» (5).
EF-7	Lleva bien la casa y trata bien a la señora que atiende: «es una chica lista, honrada y responsable. Es muy puntual. Bueno, yo la he educado mucho, <i>venía salvaje</i> . (...) La casa la lleva en general muy bien, a mi madre la trata bien, su ropa bien. Todo lo que hace, lo hace bien» (4).
EF-9	Acompaña a la abuela en casa y en sus salidas a la calle, arregla la casa y ayuda en la cocina. «Es estupenda (la empleada cubana), como también lo era la asistente española que tenía antes» (10).
EF-14	Lleva muy bien la casa, el dinero, la medicación, la comida, etc. La satisfacción de esta interna es total: «Es joven pero tiene una seriedad tremenda. (...) Lo controla absolutamente todo y a mi madre la tiene como un San Antonio bendito. (...) Y es el detalle, el cariño, bueno, algo tremendo... <i>¡ni nosotros mismos!</i> » (9-10).
EF-16	Dos empleadas (interna y externa) atienden muy bien a las dos señoras mayores de la casa y se compenetran perfectamente con la pariente cuidadora.
EF-18	La empleada (por horas) hace bien lo que se le encarga y se adapta flexiblemente a los horarios en que es necesaria. «He tenido con ésta tres empleadas extranjeras y las tres puedo decir que hacían bien las cosas. Estoy muy contenta de las tres» (12)

Aunque se alude a las dificultades iniciales, se valora su capacidad de aprendizaje y de adaptación a la cultura y costumbres españolas. En algunos casos se las valora por encima de las mujeres autóctonas e, incluso, por encima de la propia familia («ni nosotros mismos»):

"Desde luego muchos españolitos no quieren esos trabajos, y tampoco tienen el carácter que tienen ellas, todo hay que decirlo. Las sudamericanas suelen tener un carácter mucho más dulce, más suave, más tranquilo... y a lo mejor también otro tipo de educación hacia los mayores, no lo sé. Puede que aquí esto, en las ciudades, se haya perdido mucho el respeto y el cuidado por los mayores. Yo creo que los mayores en los pueblos viven mucho mejor que en las ciudades, porque no se encuentran tan solos nunca» (EF-14, 10-11).

2.2.5. La relación laboral. Condiciones de trabajo

CONSIGUEN LOS PAPELES TRAS VARIOS AÑOS DE ECONOMÍA SUMERGIDA. BLOQUEO ADMINISTRATIVO DE LOS ÚLTIMOS AÑOS

El factor más determinante de la situación laboral de las empleadas inmigrantes es que *casi la mitad de ellas (el 40% en nuestra pequeña muestra de veinte casos) no cotiza a la Seguridad Social*, es decir, trabaja en la economía sumergida, con los consiguientes problemas de indefensión jurídica, riesgo de sanciones administrativas (sobre todo para las familias empleadoras), etc. De las ocho personas sin Seguridad Social, dos tienen la documentación de residencia en regla pero no cotizan debido a que trabajan por horas y han optado personalmente por no darse de alta¹⁸. En los otros seis casos, se trata de personas «sin papeles» que, por tanto, no pueden regularizar su situación laboral. Esta situación es criticada por las familias contratadoras que consideran injusto por parte de la Administración el no conceder permiso de residencia y de trabajo a dichas personas:

«No tienen Seguridad Social, no tienen papeles, no tienen nada... pero hacen un trabajo muy bueno. Les deniegan los papeles aunque haya un precontrato y no haya españoles para ese empleo. (...) La burocracia es *una pared*, que impide estar legal a gente competente y muy trabajadora» (EF-17, 13).

La dureza de la Administración en los últimos dos años, después de las regularizaciones del 2001, conduce a las empleadas sin papeles a un «destino trágico», a un «callejón sin salida»: no pueden volver a su país, pues tienen que pagar la deuda (acoso de las mafias) y no pueden trabajar tranquilas porque la Administración se lo impide (acoso policial). Pero algo tienen que hacer porque «sin trabajar no pueden comer y sin comer no pueden vivir»:

«Un día, hablando con la de asuntos sociales, me dice: "si todo el mundo está colocado así... ¡sin papeles!". Entonces le digo: "¿y qué hay que hacer para asegurarle?". Y me dice: "si no tiene papeles, no se le puede asegurar". Entonces, si no se la puede asegurar, puede venir alguien y te puede decir: "bueno, y usted ¿cómo tiene esta persona aquí?". Entonces yo esto es una cosa que me planteo y que se tendría que arreglar no sé de qué manera. Porque si no puede trabajar, no puede comer, y *si no puede comer no puede vivir*. Entonces, es muy duro decirlo pero *la única alternativa es ir a la Casa de Campo* (área de Madrid donde van las prostitutas). Y son chicas que no se

¹⁸ Según la normativa laboral del Servicio Doméstico, las familias no están obligadas a pagar la Seguridad Social si la persona empleada trabaja en la casa menos de 25 horas a la semana, siendo entonces responsabilidad del trabajador darse de alta.

pueden volver, tienen que pagar un dineral por el viaje, porque la chica que yo tengo tiene que mandar a su familia y al que le ha dejado el dinero para venir (...) Entonces se encuentran en *un callejón sin salida* y dices: "bueno, *la Administración por un lado, las mafias por otro*"» (EF-17, 13).

JORNADA DE TRABAJO Y SALARIO

La modalidad principal de las veinte empleadas estudiadas es como «*internas*» (once casos) cuya media de tiempo de trabajo efectivo a la semana es de 59 horas y sus ingresos mensuales medios de 661 euros (110.000 pesetas). En dos casos cobran en torno a 900 euros/mes y en otros cuatro por debajo de 600 (el salario más bajo, de 510 euros, corresponde a una «*semiinterna*», que trabaja de 6 de la tarde a 10 de la mañana).

Las cuatro *externas* contratadas trabajan una media semanal de 46,5 horas y tienen unos ingresos mensuales medios de 643 euros (107.000 pesetas). El salario más alto es de 900 euros y el más bajo de 480, en ambos casos trabajando 45 horas a la semana, lo que sugiere una gran oscilación en los precios.

Las cinco empleadas «*por horas*» trabajan un promedio de 16 horas semanales y cobran de media 284 euros al mes (47.000 pesetas). Los ingresos varían muchísimo dependiendo del número de horas, desde 600 euros (24 horas semanales) hasta 112 euros (12 horas semanales) o ningún ingreso en el caso de una persona que trabaja 10 horas semanales a cambio de poder dormir en la casa.

Si los ingresos los calculamos en función de las horas de trabajo, las que más ganan son las trabajadoras *por horas* (834 pesetas/hora, sin considerar la que sólo percibe la contraprestación de pernoctar en la casa), en segundo lugar las *externas* (576 pesetas/hora) y en tercer lugar las *internas* (467 pesetas/hora). Las remuneraciones por hora trabajada presentan grandes oscilaciones, que van de un mínimo de 2,2 euros de una interna a 6,3 euros de una trabajadora por horas. Estos ingresos son muy parecidos a los detectados por Colectivo IOÉ entre los trabajadores inmigrantes que cuidaban a ancianos en el año 2000, lo que quiere decir que los salarios del sector se han mantenido estancados en los últimos tres años¹⁹. En la Tabla 1 recogemos los principales resultados según la modalidad de contratación.

TABLA 1

Jornada semanal e ingresos mensuales de las empleadas inmigrantes a partir de las veinte entrevistas a familias empleadoras

	Internas	Externas	Por horas	Total
N.º empleadas	11	4	5	20
Horas/semana	49	46	16	46
Euros/mes	661	643	284	563
Pesetas/mes	110.000	107.000	47.000	94.000
Euros/hora	2,8	3,5	5,0	3,1
Pesetas/hora	467	576	834	513

¹⁹ Exactamente el ingreso general medio del sector en el año 2000 fue de 91.000 pesetas/mes, equivalentes —si tenemos en cuenta la inflación entre dichos años— a las 94.000 detectadas en las entrevistas realizadas en 2003 para el presente estudio.

La *intensidad del trabajo* (46 horas de trabajo a la semana) es muy superior a la media general de las mujeres empleadas en España (34 horas). En cuanto a los *ingresos* (94.000 pesetas mensuales), están por debajo de la mitad de la media española y, si conjugamos el mayor número de horas trabajadas y los menores salarios, la remuneración resultante por hora de trabajo (513 pesetas/hora) se encuentra todavía mucho más alejada de la media del país²⁰. En especial, el bajo coste por hora de trabajo de las empleadas internas es percibido en alguna de nuestras entrevistas como «un chollo» para las familias y una «explotación laboral» para las trabajadoras:

«Con una persona como X, que te atiende la casa, te plancha, te friega, te quita el polvo, te barre, le acuesta, le levanta, le da de comer... te hace de todo, pues ¡no tiene precio!, es que no tiene precio. Eso no está pagao. (...) El estar interna en una casa las 24 horas del día, los 365 días del año, librando un día por semana, o descansando algunas horas... ¡hay gente que las explota!» (EF-6, 6-8).

CAMBIO DE EMPLEO: DESLEALTAD O PROMOCIÓN LABORAL

Quizás la principal pega de las familias en relación a las cuidadoras inmigrantes es que «te pueden dejar tirado» en cualquier momento debido precisamente a su deficiente regulación laboral y a sus escasos ingresos. Cuando consiguen regularizarse o se produce la reagrupación familiar, o simplemente si encuentran un trabajo mejor pagado, cambian de empleo obligando a la familia a buscar otra cuidadora. En varios casos esta decisión es asumida con comprensión por parte de las familias:

«Yo en dos años he tenido ya tres empleadas. La primera tenía una niña pequeña y ya entraba la niña al colegio y ya no podía atender, no podía estar aquí. La segunda, extraordinaria, le salió un trabajo en un bar y otra vez se ha vuelto a ir. Entonces yo volví a la iglesia porque necesitaba una chica que estuviera aquí con mis padres...» (EF-18, 13).

En otros casos el cambio de empleo es percibido como una «deslealtad», ante la que la Administración debería poner medidas, por ejemplo obligar a permanecer en el sector un año o dos, después de conseguir los papeles («como la servidumbre del ejército» que obligaba a un tiempo de servicio a todos los ciudadanos):

«Yo creo que se debe contemplar alguna medida para que si le das de alta, se quede contigo un año o dos, algo así como la servidumbre del ejército. Es que, si no, es un poco de *deslealtad*. En cuanto consiguen papeles, ¡se largan!» (EF-2, 6).

La modalidad de empleo menos deseada es la de «interna», sobre todo para las empleadas jóvenes que viven muy mal estar encerradas en las casas. EF-1 tiene una experiencia muy negativa en este sentido: ha tenido tres empleadas internas y las tres se le han ido en cuanto han podido:

«Cuanto más jóvenes menos duran. La que tenemos ahora me lo ha dicho muy claro: yo vengo aquí a ganar dinero, lo demás... en cuanto gane el dinero que necesito, ¡me largo! Otra que tuvimos

²⁰ Según la Encuesta de Costes Laborales, que desde 2001 ha suplido a la Encuesta de Salarios, el coste laboral medio en España es de 14,1 euros/hora (2.º trimestre de 2003).

estaba aquí con su marido y cogieron un piso, trajeron a su hijo y se marchó. Las que están de internas, cogen pisos, se traen a la familia y se van. En todo caso, para ser internas tienen que ser un poco mayores porque una chica joven, que la hemos tenido, pues, vamos, ¡es que no!» (EF-1, 6).

2.2.6. Expectativas de futuro de las familias

Son muchas las razones por las que las familias consideran que la *atención domiciliaria* a las personas mayores dependientes es, en principio, «la mejor solución»: se mantienen en su medio ambiente, reciben un trato personalizado y continuo, etc. En el pasado los cuidados corrían a cargo de los propios parientes, en especial de las mujeres que desempeñaban las tareas del hogar; sin embargo, en la actualidad muchas mujeres trabajan fuera de casa por lo que, si quieren mantener a los abuelos con ellos, tienen que contar con *cuidadores externos*. En este caso, hay varias alternativas que podemos agrupar en tres sistemas: servicios públicos, empresas privadas de servicios (con personas asalariadas que cotizan en el régimen general) y empleados privados a título particular (acogidos al régimen de empleados de hogar).

SERVICIOS PÚBLICOS

Los servicios públicos son variados (residencias, centros de día, servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia...) y a veces adecuados, pero tienen limitaciones muy importantes entre las que destacan las siguientes:

- Las residencias, aunque sean «de cinco estrellas», producen la «desinserción social» de la persona mayor (separación de los espacios y ambientes donde tienen sus vínculos afectivos) por lo que es mejor evitarlas. Cuando son necesarias, el problema es que las listas de espera son enormes por la escasez de plazas.
- Los centros de día son servicios adecuados para etapas iniciales de la dependencia pero hay también pocas plazas.
- El servicio de ayuda a domicilio es útil como complemento parcial de los cuidados prestados por los parientes (caso de EF-12), pero tiene muchas limitaciones para la mayoría de las familias entrevistadas: escasa duración del servicio, rigidez en los horarios, cambio continuo de cuidadoras sin previo aviso, etc.
- La teleasistencia es valorada positivamente pero sólo es útil en las primeras etapas de la dependencia.

Ante las necesidades crecientes de las personas mayores —que viven más años y con frecuencia presentan enfermedades y discapacidades—, las familias entrevistadas valoran negativamente los recursos públicos existentes. Consideran que son escasos (en especial las residencias y centros de día gratuitos o concertados) o que cubren muy superficialmente las necesidades (servicio de ayuda a domicilio). Además, se quejan de falta de información a las familias, que desconocen muchas veces los servicios públicos o privados a los que pueden acceder. En especial, la queja de las familias es mayor en los casos de discapacidad o enfermedad mental, ya que se trata de situaciones que desbordan las posibilidades de atención de las familias («el que está sano puede enfermar», sobre todo si tienen pocos recursos económicos:

«Es un panorama tremendo, no te lo puedes imaginar. No, no. Y es que además, bueno, nosotros al fin y al cabo, mi padre ha podido afrontarlo, pero es que hay gente que no tiene dinero para afrontarlo. El enfermo te da mucha pena, pero ¿y los que están alrededor?; o sea, es que puedes enfermar, el que está sano puede enfermar. Nosotros, dentro de lo malo lo estamos resolviendo pero gracias a que tenemos un pequeño desahogo económico, pero el que no tenga nada, ¿qué hace? Es que, vamos, es desesperante. Entonces, no sé, la comunidad tendría que pensar en algo y atender a esta gente de alguna manera» (EF-19, 15).

EMPRESAS PRIVADAS DE SERVICIOS

Las empresas privadas de atención a personas mayores proporcionan todos los servicios que pueden necesitar las familias, desde la atención domiciliaria a los centros de día y a las residencias. El problema que plantean estos recursos es su precio, que resulta prohibitivo para la mayoría de las familias (residencias por encima de 2.000 euros/mes, ayuda domiciliaria por encima de 12 euros/hora, etc.). Estas empresas cuentan con personal asalariado, que está afiliado al régimen general de la Seguridad Social, cuyas cuotas repercuten inevitablemente en el precio. Además, la finalidad de lucro de las empresas determina que tiene que existir un margen de beneficio para los inversores, lo que repercute también en el precio final del servicio. En estas circunstancias se explica el cambio de estatuto operado en la persona empleada por EF-3, que pasó de asalariada en una empresa de ayuda a domicilio a ser contratada directamente por la familia atendida (con beneficio tanto para la empleada como para la familia) o las quejas expresadas por otra entrevistada (EF-16):

«Las empleadas que trabajan a través de empresas privadas son carísimas. Es algo insostenible. Yo he solicitado ese servicio y sólo un fin de semana te cuesta 30.000 pesetas. Me ha pasado a mí algún fin de semana que no he podido y he tirado de ellas, pero, vamos, imposible, es insostenible económicamente. Además era gente que robaba. No, no, vamos, a mí eso no me ofrece ninguna confianza. Te envían personas distintas y a cual peor. (...) Son precios que no hay familia que lo resista, ¿entiendes?, porque tú no puedes gastar todos los fines de semana ese dinero... Porque van al negocio, negocio, negocio. Ya te digo, a mí todas las que han venido por esas empresas no me han gustado nada. Y además ladronas, peseteras y nada, nada, nada. O sea, eso en ningún momento será una solución» (EF-16, 12 y 19).

EMPLEO PRIVADO A TÍTULO PARTICULAR

Estos empleados (mayoritariamente mujeres) utilizan tres modalidades en función del horario de trabajo (internas, externas, por horas), así como diversas combinaciones que se pueden dar entre ellas. Desde el punto de vista de la regulación laboral, se acogen al decreto del Servicio Doméstico y al correspondiente régimen especial de la Seguridad Social, que favorecen la flexibilidad laboral (horarios superiores a las 40 horas, temporalidad permanente del empleo, etc.) y un bajo coste relativo de los servicios prestados (cuotas muy bajas a la Seguridad Social y salario mínimo). Además, se trata de un sector laboral muy atomizado sobre el que no existe control de la inspección laboral (para «respetar» la intimidad del hogar) y que no es objeto de convenios colectivos por parte de los agentes sociales (sindicatos y organizaciones empresariales). Este es el segmento laboral estudiado en el presente estudio.

Las familias entrevistadas valoran las ventajas de este último recurso en relación a los anteriores, sobre todo por su precio —más barato que las empresas privadas— y por su flexibilidad —en relación a los servicios públicos—. En consecuencia, *no dudan en recomendarlo a otras personas*, «siempre que se lo puedan pagar». Ante esta limitación, consideran que la Administración pública debería colaborar en la financiación de estas personas a título particular, lo mismo que hace con los servicios prestados por empresas privadas (como el servicio municipal de ayuda a domicilio). De este modo se podrían subsanar los fallos que ahora tiene este sector laboral, como son sus bajos salarios o su escasa formación profesional, y la mano de obra no estaría compuesta sólo por inmigrantes sino también por autóctonos:

«Si el Estado invirtiese en estas cosas, ¡esto sería un éxito loco!, ya que se trata de un servicio que necesitan las familias. Si no se realiza esta inversión (pública), pues seguirán las inmigrantes, que yo no digo que esté mal pero que tampoco funciona tan correctamente» (EF-7, 4-5).

«De cara al futuro creo que una cosa importante es que hubiera una mayor profesionalización o formación de las personas que trabajan en este sector. Además, tendría que haber un régimen laboral y de seguridad social que sean más normalizados con el resto de los trabajadores españoles. Pero todo esto no será posible si no hay una ayuda pública, unos recursos públicos que permitan a todos los españoles ser debidamente atendidos al llegar la ancianidad. Con las actuales pensiones de jubilación esto no es posible, pues las pensiones tienen una media bastante baja que no permite poder emplear a una persona con ese dinero. Entonces, en la medida que la propia familia no puede atender bien a estar personas... pues parece necesario *que desde la Administración se estipulen recursos, servicios y, sobre todo, ayudas económicas para aquellas familias que tengan que contratar a una persona en su propio hogar*» (EF-3, 8).

En cuanto a que se trate de una mano de obra constituida mayoritariamente por *mujeres inmigrantes*, las familias lo aceptan como algo inevitable («es lo que hay»), siendo algo valorado positivamente en unos aspectos (son más amables, respetuosas y flexibles que las mujeres españolas...) y negativamente en otros (tienen la cabeza en otra parte, sus costumbres domésticas son diferentes, vienen «sin civilizar», etc.). La categoría «inmigrante» planea a *dos niveles*: el particular (personas de las que se tiene un conocimiento directo, como la propia empleada) y el genérico (los inmigrantes en general). Sobre estos últimos, prevalece la sospecha («viene mucho desecho...», «en el supermercado roban con frecuencia...», «al principio no me fiaba de ella...», «tienes que tener referencias...»). Y ello parece estar relacionado con una imagen pública de la inmigración del tercer mundo frecuentemente asociada a mafias, prostitución y delincuencia, a la que «no tenían que dejar entrar»:

«Desde luego viene de todo. A mí no me ha pasado pero viene también mucho desecho de por ahí, que no tenían por qué dejarlos entrar, ¿eh?, porque yo no metería lo que yo veo ahí en la calle y en los supermercados, que van a ver lo que quitan, o sea, que también hay que tener mucho cuidado a quién cogemos» (EF-9, 12).

CONCLUSIONES

Sintetizamos a continuación las principales conclusiones de la exploración realizada en la Comunidad de Madrid, para lo que seguimos el mismo orden de los temas expuestos.

1. DE DÓNDE PARTIMOS. ALGUNOS DATOS CONTEXTUALES SOBRE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES, EL MERCADO DE LOS CUIDADOS Y LA INMIGRACIÓN

La población de la Comunidad de Madrid se ha incrementado un 44% en los últimos treinta años, pasando de 3,7 a 5,4 millones, pero lo más interesante en este período son los cambios que han tenido lugar en la estructura de edades y en la distribución espacial. Mientras la población infantil ha disminuido un 27%, a causa de la baja natalidad, la población de 65 y más años casi se ha triplicado, pasando de 296.000 a 790.000, lo que representa un incremento del 167%. De este modo, el peso de las personas mayores en el conjunto de la población es ahora del 14,6%, frente al 7,9% de 1970. Por sexos, el 40% de los mayores son hombres y el 60% mujeres, una diferencia que se incrementa en el tramo de edad de 75 y más años: 35% hombres y 65% mujeres.

Mientras la ciudad de Madrid ha disminuido su población en un 6% entre 1970 y 2001, el resto de la comunidad lo ha incrementado en un 288%, lo que explica que el peso de las personas mayores en la capital sea más del doble (19,3%) que en el resto de los municipios (9%). En particular, los dos municipios escogidos para el trabajo de campo de nuestra investigación tienen un peso de personas mayores del 8,1% en el caso de Alcobendas y del 10,4% en el caso de Leganés. Así, mientras la ciudad de Madrid, donde vive el 54% de la población total de la comunidad, concentra el 72% de la población mayor y se sitúa por encima de la media estatal, el resto de municipios se sitúa por debajo.

La percepción subjetiva del estado de salud de las personas mayores varía mucho por sexos: el 15% de las mujeres cree que tienen mala o muy mala salud, por sólo el 8% de los hombres. Esto se corrobora con informaciones más objetivas que nos confirman que *las mujeres sufren más enfermedades crónicas y padecen más discapacidades que los hombres, y que esta diferencia entre los sexos se acrecienta con la edad*. En especial, la artrosis, que es la enfermedad crónica más frecuente entre las personas mayores, afecta al 56% de las mujeres y al 22% de los hombres. En cuanto a las discapacidades, la macroencuesta aplicada por el INE en 1999 detectó un número de mujeres mayores con limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales (137.000) muy superior al de hombres (60.000), por lo que la demanda de cuidados a domicilio será también mucho mayor por parte de las mujeres.

Algo más de un tercio (36,7%) de las personas mayores que padecían discapacidades en 1999 requería del *cuidado de otras personas* para poder realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria. Eran 51.000 mujeres y 18.000 hombres. En conjunto se puede afirmar que *una de cada cuatro personas ancianas presentaba discapacidades, pero sólo una de cada diez era «dependiente»*. Por sexos, la dependencia era casi doble entre las mujeres (11,4% de la población femenina anciana) que entre los hombres (6%). Esta tasa de dependencia se acentúa notablemente a partir de los 80 años, siendo siempre mayor entre las mujeres que entre los hombres.

La enfermedad crónica más frecuente de las personas con discapacidad dependientes es la *artritis*, si bien afecta a las mujeres en doble proporción que a los hombres. La segunda enfermedad más frecuente es la *demencia* para las mujeres y los *accidentes cerebrovasculares* para los hombres. Entre los hombres tienen también mucha frecuencia los *infartos*.

Los 69.000 ancianos y ancianas «dependientes» de otras personas contaban con 81.000 cuidadores, lo que significa que algunos disponían de más de un cuidador principal. El peso principal de los cuidados recaía sobre los parientes de la persona anciana, sobre todo el cónyuge y las hijas, pero los cuidadores y cuidadoras contratados, principal objeto del presente estudio, atendían en 1999 al 30% de la población de personas mayores dependiente, sumando 20.700 empleados, de ellos el 37% dependiente de los servicios sociales públicos y el 63% de contratos privados. De estos últimos, sólo uno de cada cinco era en la modalidad de «interna», según la citada encuesta.

El Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO proporciona información sobre los servicios existentes en la Comunidad de Madrid que llegaban en 2002 a 77.727 usuarios entre residencias, centros de día, ayuda a domicilio y teleasistencia (8,4% de las personas mayores, incluyendo las plazas de residencias privadas). Sobre los usuarios privados de ayuda a domicilio (principal objeto del presente estudio) no se disponía de información (casilla correspondiente vacía).

Un estudio realizado por Colectivo IOÉ en el año 2000 incluía una muestra pequeña (152 casos) aplicada en la Comunidad de Madrid a cuidadores extranjeros de personas mayores o enfermas. Según este sondeo, los principales motivos para elegir el empleo eran de tipo negativo («no encuentro otro», «es lo menos malo»), suscritos por el 65% de las personas entrevistadas; como motivaciones positivas aparecían el considerarlo «compatible con las obligaciones familiares» (11%), «me gusta» (8%) o «me permite ahorrar más» (6%). La movilidad laboral dentro del sector era considerable: el 42% llevaba menos de un año en el último empleo y tan sólo el 16% se mantenía en él desde hacía más de tres años. El 70% se había iniciado en la modalidad de «internas» pero la tercera parte ya había pasado a trabajar en régimen externo o por horas. Otro resultado interesante desde el punto de vista laboral fue que tan sólo el 3,3% de la muestra se encontraba afiliada a un sindicato. En cuanto al envío de remesas a su país, lo hacían tres de cada cuatro casos.

Salvo las anteriores referencias a las personas contratadas en domicilios particulares para atender a mayores con discapacidad dependientes, no disponemos de información estadística sobre este segmento del mercado de trabajo, fiel reflejo de su marginalidad desde el punto de vista laboral y social. En efecto, el empleo doméstico de personas particulares para cuidar a mayores forma parte del cajón de sastre de los llamados «servicios personales y domésticos» que, pese a su importante volumen, fue excluido en 1980 del Estatuto de los Trabajadores pasando a ser regulado por un «régimen laboral de carácter especial» (real decreto de 1985) que limitaba sus derechos en relación a los demás trabajadores y lo dejaba en un limbo administrativo desde el punto de vista de la negociación colectiva (inexistente) o de la inspección laboral (que no podía entrometerse en la «intimidad doméstica»).

En el contexto del mercado de trabajo de la Comunidad de Madrid, fue precisamente en los años ochenta cuando surgieron las nuevas formas de empleo temporal que desde entonces constituyen el grueso de las contrataciones y han pasado a ser componente estructural de un mercado de trabajo segmentado y polarizado: mientras una parte de los trabajadores tiene acceso a empleos seguros y bien retribuidos,

otros oscilan periódicamente entre el empleo sumergido, los contratos temporales y el desempleo. En este último bloque se sitúan los cuidadores de personas mayores que son contratados por las familias a título particular. Entre ellos se sitúan muchos inmigrantes, sobre todo mujeres, que aprovechan la expansión general del sector (debido al peso creciente de personas mayores) y el poco atractivo que supone para la mano de obra autóctona (debido a las precarias condiciones de trabajo).

La Comunidad de Madrid ha sido en los últimos años el principal punto de atracción de la inmigración extranjera en números absolutos, hasta llegar a superar la cifra de 600.000 extranjeros empadronados en 2003 (11% de la población total). Sólo en la ciudad de Madrid residen 405.000, que representan el 12,8% de los habitantes de la ciudad. Por países de origen prevalecen los latinoamericanos (ecuatorianos, colombianos y peruanos), seguidos de marroquíes y rumanos.

2. LA VISIÓN DE LOS INFORMANTES CLAVE

Los informantes consultados coinciden en destacar la importancia creciente del sector de actividad constituido por las personas empleadas que cuidan a personas mayores en sus domicilios. Se considera que es uno de los más importantes «yacimientos de empleo» existentes en la Comunidad de Madrid debido al incremento del número de personas ancianas «dependientes de otras personas». Se incrementa también el número de personas mayores que viven solas (el 22% en el municipio de Madrid), lo que las hace más dependientes de acompañamiento y de cuidados externos. Por otra parte, tanto las personas mayores como sus parientes prefieren que la atención se proporcione en el seno del hogar familiar, a fin de evitar el internamiento en residencias, lo que se ve como el «último remedio».

A los anteriores factores, se añade la creciente tasa de actividad y de empleo de las mujeres, lo que limita el papel tradicional de muchas esposas e hijas. En el plano ideológico, las familias y las personas particulares se han vuelto más independientes y/o individualistas, por lo que muchas de ellas tienden a considerar «una carga» la atención a sus mayores, delegando la atención a servicios especializados (públicos o privados).

Los informantes de las diversas agencias de colocación coinciden en que la demanda de trabajo por parte de inmigrantes es mayor que la oferta de empleos, aunque éstos sigan también creciendo. Esto se achaca al gran número de inmigrantes llegados en los últimos tres años, que ha saturado ese segmento del mercado laboral. En cuanto a la *modalidad de empleo*, la oferta más abundante es para «internas», que cuenta por el contrario con la menor demanda de trabajadoras. Esto origina que sea un segmento con ofertas no cubiertas en varias bolsas de empleo visitadas.

La opinión más extendida entre nuestros informantes es que una gran parte de quienes trabajan a nivel particular en casas de personas ancianas se encuentra en situación irregular y, por tanto, sin posibilidad de cotizar a la Seguridad Social (economía sumergida). Sin embargo, este juicio global presenta importantes oscilaciones y queda muy matizado dependiendo de las circunstancias, lo que da a entender que se tiene un conocimiento poco preciso de esta cuestión.

En el plano de la formación, la opinión más frecuente es que la mayoría de quienes solicitan este empleo tiene un nivel de estudios aceptable, aunque un sector menor de nuestros informantes considere que el nivel de formación es «bastante bajo». Sin embargo, salvo excepciones, no llegan a España con una for-

mación profesional específica para cuidar personas mayores, de ahí que las instituciones mediadoras promuevan cursos de formación, de mayor o menor duración.

La forma más habitual de encontrar trabajo es el «boca a boca». El proceso se inicia en la familia empleadora que habla con la cuidadora y ésta busca candidatas entre sus amigas, hermanas, primas o gente de su comunidad. Existen también agencias de colocación dependientes de múltiples instituciones (ayuntamientos, parroquias y congregaciones religiosas, ONG, sindicatos, etc.), así como intermediarios comerciales y publicitarios (sobre todo de la prensa local) que cubren un pequeño cupo de las colocaciones del sector.

Emplearse como «interna» parece la principal vía de acceso al mercado de trabajo español para las mujeres inmigrantes que llegan a Madrid y no tienen documentación. Las mujeres españolas o las inmigrantes «con papeles» rehuirían trabajar como «internas», mientras aceptarían —sobre todo las inmigrantes— emplearse como externas o por horas sueltas. Sin embargo, la población inmigrante sin papeles acepta trabajar en régimen de internado que, además, tiene para ellas algunas ventajas añadidas, como disponer inmediatamente de una vivienda (en la casa de la familia empleadora) y una notable capacidad de ahorro con el que saldar las deudas contraídas al viajar a España y poder enviar remesas a su país.

El salario que se paga por una «interna» habría disminuido en los últimos años, pasando de unos 720 euros/mes de media a unos 600. En opinión de otros informantes, el precio de las «internas» se ha mantenido estabilizado entre 600 y 660 euros/mes. Para explicar la tendencia a la baja o el estancamiento de los salarios, el principal argumento utilizado es que la demanda de empleo ha aumentado mucho por la llegada de nuevos inmigrantes. El mercado de trabajo se ha saturado, principalmente por la llegada «masiva» de mujeres latinoamericanas a la Comunidad de Madrid. Además, las restricciones puestas a la regularización impiden a muchas personas pasar a ocuparse en otros empleos donde se exige tener la documentación en regla.

Entre los conflictos más frecuentes entre la cuidadora y la familia del mayor atendido, destaca el relativo a la remuneración y al pago de la Seguridad Social; en segundo lugar, aparecen los conflictos derivados del mal trato hacia la empleada y los abusos en el ritmo de trabajo; por último, desde la parte empleadora se critica la lentitud de la empleada y su falta de destreza o preparación para realizar las tareas domésticas (comidas, limpieza, etc.).

Según nuestros informantes, tanto las personas atendidas como sus familias están satisfechas por el trabajo desarrollado por las cuidadoras inmigrantes. En especial, se valora de las mujeres inmigrantes «el cariño que dan», una cualidad que se destaca de manera especial entre las latinoamericanas. El único problema manifestado por parte de los ancianos es que inicialmente suelen tener prevención y desconfianza hacia las cuidadoras, sobre todo si presentan diferencias étnicas o culturales importantes. Se alude a la mala imagen que tienen los inmigrantes en los medios de comunicación social, que a veces los identifican con «delinquentes», contribuyendo a reforzar los prejuicios de la población española.

Por último, podemos sintetizar las principales propuestas en relación al sector estudiado en las que coincide la mayoría de las cuarenta personas entrevistadas:

- Sensibilizar a la opinión pública sobre la importancia de proporcionar «buenos cuidados» a las per-

sonas mayores, superando la mentalidad actual que considera ese trabajo como algo que puede hacer «cualquier mujer», sin cualificación específica y al margen de la regulación laboral. Este punto se considera la condición necesaria para poder avanzar en una mejora de las condiciones laborales del sector.

- Profesionalizar el trabajo con ancianos y, para ello, distinguir netamente entre el auxiliar de geriatría y el servicio doméstico, aun cuando aquél pueda implicar algunas de estas tareas.
- Reconsiderar el decreto-ley que regula el servicio doméstico. Se solicita una «normalización» del sector que lo homologue a las condiciones generales del empleo asalariado.

Que el sector público aporte una atención y una cobertura económica sustancialmente mayor para atender a las personas mayores, a fin de compensar a las familias con bajas rentas. Además de ampliar las prestaciones de iniciativa municipal, se podrían conceder subvenciones adecuadas a aquellas familias que opten por recurrir a los cuidados de un empleado externo.

3. LA SITUACIÓN DE LOS CUIDADORES INMIGRANTES

El sector del cuidado a personas mayores dependientes está sufriendo numerosas modificaciones en estos momentos. Por el lado de la oferta de las familias se observa una diversidad importante, según las necesidades de la persona mayor, la posición de disponibilidad de los miembros de la familia y los recursos disponibles para el cuidado; por el lado de la demanda de trabajo de los cuidadores se observa una modulación importante de las formas tradicionales: además de las modalidades de interna, externa y por horas han aparecido las de *semiinterna*, *falsa externa* y *por jornada*. En el espacio de la Comunidad de Madrid, el envejecimiento de la población y la numerosa llegada de inmigrantes al mercado laboral permiten poner en contacto oferta familiar y demanda de cuidadores. En suma, se puede decir, que el sector en Madrid está emergiendo de modo importante a la vez que se ha convertido en un fuerte atractor de mano de obra inmigrante.

La mano de obra inmigrante atraída para emplearse en el sector es mayoritariamente femenina, aunque se advierte la presencia de un segmento de varones; proceden de diversos orígenes pero fundamentalmente de América Latina y también de África, Asia y países del este europeo. Respecto a la edad, el perfil se encuentra entre los 24 y los 66 años, prevaleciendo el segmento entre 33 y 45.

El perfil profesional de la muestra entrevistada presenta dos segmentos casi iguales: uno con cualificaciones medias y superiores, y con experiencia profesional cualificada en los países de origen, y la otra mitad con estudios primarios y experiencia en empleos descualificados. De entre quienes tienen cualificaciones medias-superiores, sobresalen las formadas en el ámbito de la salud y enfermería, próximos al cuidado de personas mayores y enfermos. En la Comunidad de Madrid la mayoría no ha accedido directamente al cuidado de mayores, sino a través de empleos domésticos o de limpiezas, en el caso de las mujeres, o de la construcción, hostelería y servicios, en los varones.

Se trata de un sector de trabajadores inmigrantes que en la actualidad está mayoritariamente regularizado, habiendo sido este sector laboral una vía importante para conseguirlo. El resto de cuidadores que se encuentra en situación irregular supone un estancamiento en su situación en la que llevan de 3 a 48 meses.

Además de la cualificación previa al llegar a Madrid, en otras cuatro ocasiones (un cuarta parte del total) se han realizado cursos de formación específicos para atender a personas mayores. Cursos ofertados por entidades públicas (Ayuntamiento), empresas de servicio de atención domiciliaria (SAD) o Residencias de mayores. Por lo que se ha podido sondear, existe una predisposición a seguir formación, aunque se insiste en elementos diversos: por un lado, acentuar la vertiente cercana y cálida de la atención, examinar más las actitudes personales que los conocimientos, etc.; por otro, insistir en la preparación profesional en conocimientos sanitarios, relacionales y personales del mayor.

Las expectativas de continuar en el mismo sector del cuidado a personas mayores se encuentran bastante segmentadas: correspondiendo a la mitad de quienes tienen más cualificación, éstos desearían desempeñarse en las mismas profesiones que desarrollaron en sus países de origen, aunque pragmáticamente no lo ven posible; el resto de cuidadores sin cualificación desearía continuar en el sector o en otro similar porque prima la necesidad económica sobre la opción profesional.

Existe la expectativa de que el sector, regularizado laboralmente de modo conveniente (buenas condiciones laborales) y bien profesionalizado (trabajadores cualificados mediante formación específica), pueda llegar a convertirse en una fuente de empleo digno tanto para trabajadores-profesionales autóctonos como inmigrantes. Pero de modo pragmático se resuelve la situación confirmando la sospecha de que se puede convertir en un nicho laboral para inmigrantes del que huirían los trabajadores españoles. Y de modo específico se apunta la contradicción de intentar regularizar el sector laboral (dignificarlo separándolo del servicio doméstico y de su régimen especial) sin regularizar simultáneamente la situación de los inmigrantes que se encuentran en él de modo irregular; supondría automáticamente la expulsión de éstos de aquel.

En el marco de las concepciones sociales, una mayoría de cuidadores inmigrantes percibe una desresponsabilización de las familias ante el cuidado de los mayores que ellos deben cubrir. Esta labor importante de atención a una parte de la población con dependencia no se ve correspondida con el aprecio social general. En ocasiones los familiares mantienen bajo sospecha a los cuidadores como incompetentes en la preparación de comidas o estilo de limpieza, si bien los familiares directamente implicados en estos casos muestran bastante aprecio por los cuidadores.

4. EL PUNTO DE VISTA DE LAS FAMILIAS EMPLEADORAS

Las familias que han contratado a inmigrantes para atender a sus personas mayores dependientes hacen de ellos una valoración *globalmente positiva*. En especial, el recurso a trabajadoras «internas» es calificado de *completo, continuo y personalizado*, a diferencia de otros recursos disponibles, como las residencias o el servicio municipal de ayuda a domicilio. Además, se trata de un recurso *muy barato* en relación a sus prestaciones (2,8 euros netos/hora mientras el coste laboral medio en España es de 14 euros/hora).

En cuando a las trabajadoras externas y por horas, se trata de recursos valorados también positivamente, no sólo por su bajo precio relativo (3,5 y 5 euros/hora, respectivamente), sino por su *flexibilidad* para acoplarse a las demandas de las familias, que dependen tanto de la dependencia del mayor como de la existencia y características de parientes cuidadores (principalmente el cónyuge y las hijas). Tanto en el

caso de los parientes como de los empleados externos se constata una clara *división sexual del trabajo*, de manera que son mujeres quienes se ocupan mayoritariamente de cuidar a las personas mayores.

El hecho de que sean «inmigrantes» no es decisivo en la valoración positiva del recurso, ya que se valora igualmente y por los mismos motivos a la mano de obra autóctona ocupada en el sector. Sin embargo, el que este segmento del mercado de la mano de obra —sobre todo el de trabajadoras «internas»— esté formado principalmente por población inmigrante sólo se puede explicar por un conjunto de factores relacionados con la inmigración. Así, tanto el *pernoctar en la casa del empleador* (renunciando a tener una vida familiar propia) como la *intensidad del trabajo* (59 horas semanales de trabajo efectivo) se adaptan particularmente bien a las primeras fases de la trayectoria migratoria, cuando las mujeres vienen solas y necesitan ahorrar dinero, evitando los gastos de una vivienda propia. A ello se añade la costumbre de muchas familias españolas de no dar de alta en la Seguridad Social a su personal de servicio, algo tradicionalmente consentido por la Administración pública que no inspecciona las condiciones de trabajo en el espacio privado de los hogares.

Los bajos salarios, la temporalidad de los contratos y en general las precarias condiciones laborales que son propias del régimen de servicio doméstico (marco legal del sector) hacen que paulatinamente la atención domiciliaria a los ancianos se vuelva una ocupación poco atractiva para la mano de obra española. En cambio, se convierte en lugar de refugio para un creciente flujo de mano de obra femenina que ha llegado a la Comunidad de Madrid sin la documentación en regla, procedente de América Latina principalmente pero también de otros países de Europa oriental, África y Asia. Resulta significativo en este sentido que no tuviera los papeles en regla en el momento de ser contratada ninguna de las mujeres inmigrantes empleadas por las familias entrevistadas que llevaban residiendo poco tiempo en España, si bien la mayoría de ellas ha regularizado su situación en el sector.

La existencia de una *amplia reserva de trabajadoras inmigrantes* en busca de empleo «doméstico» tiene el *efecto negativo* de mantener bajos los salarios del sector, que no se han incrementado en los últimos años, y el efecto positivo —aunque perverso— de facilitar el acceso al recurso a numerosas familias españolas de clases medias-bajas que no podrían pagar salarios más altos. En efecto, el principal obstáculo apuntado en nuestras entrevistas para no acceder al servicio es la *falta de recursos de muchas familias con pensiones modestas o cuyos hijos tienen bajos ingresos*. Por el contrario, las familias con una economía desahogada no dudan en mantener a sus mayores en el propio hogar y contar con los cuidadores que sean necesarios, combinando a veces varios de ellos (por ejemplo, una interna y una asistente por horas).

La principal limitación de la mano de obra inmigrante, en relación a la autóctona, es su falta de adaptación a las costumbres de los hogares españoles (desconocimiento del régimen de comidas, otro concepto de limpieza, etc.), si bien en otros aspectos la diferencia cultural se considera un valor añadido, como pasa con la amabilidad en el trato y el respeto a las personas mayores por parte de las mujeres latinoamericanas, o la mayor capacidad de trabajo de las mujeres marroquíes o de las procedentes de Europa oriental, etc.

Las expectativas de las familias españolas en relación al cuidado de las personas mayores no son homogéneas y dependen de múltiples circunstancias. No obstante, podemos apuntar un conjunto de *propuestas* que parecen concitar el mayor consenso:

- Los poderes públicos deben facilitar la *regularización de las trabajadoras inmigrantes que cuidan a personas mayores*. Los intentos fallidos de documentación en los últimos dos años por parte de una cuarta parte de las familias entrevistadas, son calificados como una falta elemental de gratitud y de justicia hacia unas personas que están cuidando a «las personas más queridas de nuestras familias».
- Habida cuenta de la limitación de los actuales recursos públicos (escasas plazas en residencias y centros de día, mínima cobertura horaria del servicio de ayuda a domicilio, etc.), se plantea la conveniencia de *proporcionar recursos económicos a las familias con bajos ingresos para que puedan financiar el coste de cuidadores externos*.
- En base a lo anterior, se podrían *replantear las condiciones laborales del sector de cuidadores de personas mayores*, otorgándole un estatuto diferenciado del servicio doméstico y dentro del marco normalizado del Estatuto de los Trabajadores. Asimismo, se debería *elaborar un perfil académico y profesional propio de los cuidadores de personas mayores* que garantice una buena atención a los mayores dependientes.
- Por último, la división sexual del trabajo, que se impone en la práctica de los cuidadores —tanto si se trata de familiares como de empleados—, debería ser cuestionada y *dar paso a una corresponsabilidad efectiva e igualitaria de ambos sexos*.

Capítulo 5

*EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES REALIZADO
POR POBLACIÓN INMIGRANTE.
COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO*

Benjamín Tejeina

Gabriel Gatti

(Con la colaboración de Silvia Rodríguez Maeso y Santiago Pisonero)

Universidad del País Vasco

1. EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO, ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

1.1. PRESENTACIÓN

La redacción de este capítulo persigue un triple objetivo. En primer lugar, cuantificar el proceso de envejecimiento de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), las necesidades de cuidados para que las personas mayores puedan llevar a cabo una actividad vital razonable, la oferta de servicios existentes para hacer frente a algunas de sus necesidades de apoyo, los cambios en el mercado de trabajo y la inserción en él de los residentes extranjeros. En segundo lugar, las redes sociales que los inmigrantes utilizan para trabajar en el cuidado a personas mayores dependientes, con especial énfasis en el tejido socialmente organizado al que acuden preferentemente las personas inmigrantes y las familias que desean contactar con potenciales trabajadores inmigrantes. En tercer lugar, la caracterización social de las tareas del cuidado a personas mayores, sus condiciones profesionales y económicas, así como el grado de satisfacción /insatisfacción con la situación socioasistencial por parte de las familias o personas receptoras de cuidados y sociolaboral de los prestadores de los cuidados. Nuestro interés se orienta al conocimiento de una realidad social que viene experimentando una rápida transformación en los últimos años, y que presenta una gran complejidad y diversidad geográfica, situándose en la intersección de los límites asistenciales del Estado de bienestar, la atención y cuidado a las personas mayores con necesidades de ayuda externa y la inserción social de los trabajadores inmigrantes que desarrollan este tipo de actividades laborales.

En este capítulo se abordarán los siguientes aspectos: *a)* la población de la CAPV y su rápido envejecimiento, *b)* las discapacidades en la CAPV, *c)* las transformaciones del mundo laboral y las características del empleo, *d)* los servicios públicos y privados de atención social a las personas mayores, *e)* la población inmigrante y sus características, *f)* las redes sociales utilizadas por los trabajadores inmigrantes y las familias con personas dependientes, y *g)* algunas características de la demanda y oferta de servicios de cuidado a personas mayores.

1.2. POBLACIÓN Y DEPENDENCIA EN LA CAPV

1.2.1. La evolución reciente de la población de la CAPV

La población de la CAPV permanece estancada desde 1975. En realidad, en el año 2001 había unas 10.000 personas más que en 1975. Hasta el año 1981 venía creciendo paulatinamente, llegando a alcanzar un total de 2.134.967 habitantes. Desde entonces se ha producido un leve pero constante descenso hasta situarse en el año 2001 en 2.082.587 habitantes. Este proceso de declive de la población en los últimos veinte años se debe a una progresiva reducción del crecimiento vegetativo. Desde 1975 el número de nacimientos se ha reducido en un 40%, la nupcialidad se produce a una edad más tardía y el número de defunciones supera al de nacimientos. El índice sintético de fecundidad se ha situado por debajo de 1, lejos de los valores que garantizarían la sustitución o reproducción interge-

neracional. A estos datos habría que añadir el saldo migratorio que viene arrojando valores negativos desde 1975.

El Territorio Histórico de Araba es el único que no ha dejado de incrementar su población, alcanzando un total de 286.387 habitantes en el año 2001. Bizkaia ha perdido población desde 1981, situándose en 1.122.637 habitantes, al igual que Gipuzkoa que tenía 673.563 habitantes.

El número de nacimientos en la CAPV venía reduciéndose desde 1976, aunque se ha recuperado ligeramente en los últimos años (Tabla 1). A mediados de la década de los años noventa los tres territorios históricos aumentan el número de nacimientos, aunque en ningún momento llegan a superar a las defunciones, siendo Bizkaia el territorio que presenta un mayor decrecimiento poblacional resultado del saldo vegetativo negativo (Tablas 1 y 2). Los últimos años (1996-2001) se han caracterizado porque en la CAPV se han producido más defunciones que nacimientos, en torno a 16.000/17.000 nacimientos por año y 18.000 defunciones, con un ligero repunte de los nacimientos en los años más recientes. Mientras en el Territorio Histórico de Araba el número de los nacidos vivos es moderadamente superior al de los fallecidos, en Bizkaia y Gipuzkoa sucede al contrario, con mayor diferencia entre defunciones y nacimientos en el caso de Bizkaia.

TABLA 1

Resumen de nacimientos por territorio. 1996-2001

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
C. A. de Euskadi	15.987	16.325	16.113	16.787	17.316	17.647
Araba/Álava	2.249	2.226	2.249	2.321	2.487	2.436
Gipuzkoa	5.590	5.766	5.648	5.867	6.011	6.171
Bizkaia	8.148	8.333	8.216	8.599	8.818	9.040

Fuente: Eustat.

TABLA 2

Defunciones por territorios. 1996-2001

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
C. A. de Euskadi	18.031	17.535	18.151	18.396	18.242	18.087
Araba/Álava	2.088	2.037	2.104	2.272	2.191	2.219
Gipuzkoa	5.931	5.734	5.976	6.014	5.837	5.860
Bizkaia	10.012	9.764	10.071	10.110	10.214	10.008

Fuente: Eustat.

En el año 1999, el número medio de hijos por mujer en la CAPV era de 1 frente a 1,2 del conjunto de España; la tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes era de 8,1, ligeramente inferior a la de morta-

lidad que se situó en 8,8. Desde 1990 el saldo vegetativo de la CAPV es negativo. La reducción demográfica de la CAPV en 1999 sólo fue superada por las comunidades autónomas de Galicia, Castilla y León, Asturias y Aragón.

La pirámide de la población de la CAPV, como muestra gráfica de la estructura por edad y sexo de una población, se ha transformado: la forma tradicional piramidal, con una amplia base que se va estrechando a medida que ascendemos en las cohortes de edad, adquiere la silueta de una figura romboide. La reducción del número de nacimientos y las mejoras en la provisión colectiva de bienes y servicios sociosanitarios han incrementado la esperanza de vida al nacer que en este momento se sitúa en 81 años para las mujeres y 73 años para los hombres (Arregi y Larrañaga, 2000).

TABLA 3
Saldos migratorios de la CAPV por territorios. 1991-2000

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
C. A. de Euskadi	-2.611	-4.662	-4.542	-5.370	-4.814	-3.057	-1.738	-2.213	-1188	2560
Araba/Álava	208	-128	-212	-152	108	1.193	382	78	279	1463
Gipuzkoa	-466	-1.327	-1.597	-1.468	-1.285	-1.114	-171	-107	158	293
Bizkaia	-2.352	-3.207	-2.733	-3.750	-3.637	-3.136	-1.949	-2.184	-1.624	804

Fuente: Eustat.

El **saldo migratorio**, si exceptuamos las llegadas de extranjeros, también resulta negativo para el conjunto de la CAPV hasta el año 2000 (Tabla 3). El Territorio Histórico de Araba tiene menores pérdidas y mayores ganancias de población como resultado del saldo migratorio que los territorios de Gipuzkoa y Bizkaia. Bizkaia es el territorio que tiene mayores pérdidas y Gipuzkoa el que recibe menos inmigrantes procedentes del extranjero. Más de las dos terceras partes de la inmigración extranjera se radica en Bizkaia.

La **población mayor de 64 años** de la CAPV representaba en 1930 el 5,6%, el 7,8% en 1970, el 13,4% en 1991 y el 17,9% en el año 2001. En el Territorio de Araba el 16% de la población sobrepasa los 65 años, el 17,7% en Gipuzkoa y el 18,5% en Bizkaia. Las comarcas rurales tienen un nivel de envejecimiento superior a las urbanas, Así, tres comarcas de Araba han alcanzado los porcentajes más altos de población mayor de 65 años: la Montaña Alavesa con el 29,1%, los Valles Alaveses con el 24,6% y la Rioja Alavesa con el 22,8%. A continuación se sitúan otras comarcas, fundamentalmente rurales, de Bizkaia: las Encartaciones con el 21,6%, Gernika-Bermeo con el 21,4%, Markina-Ondarroa con el 20,6% y Arratia-Nervión con el 20,6%. También el Bajo Deba, con el 20,9% de población mayor de 65 años, lidera esta clasificación en Gipuzkoa. Son las comarcas periurbanas las que han alcanzado un porcentaje menor de población mayor de 65 años: Plencia-Mungia con el 14,4%, Llanada Alavesa con el 15,3%, Duranguesado con el 15,8%, Bajo Bidasoa con el 16,3% y Cantábrica Alavesa con el 16,4%.

Aproximadamente el 37,9% de los mayores de 65 años vive en municipios que tienen más de 100.000 habitantes, el 42,7% en municipios de entre 10.000 y 100.000 habitantes, y el 19,4% en núcleos de

menos de 10.000 habitantes. En los municipios de menos de 2.000 habitantes el porcentaje de mayores sobrepasa el 20%, cuando la media de la CAPV es del 17,2%. Los municipios de entre 101 y 500 habitantes son los que cuentan con un porcentaje más elevado de personas mayores, el 24,5%.

Un pequeño grupo de municipios sobrepasa el 30% de mayores de 65 años. La característica fundamental es que son núcleos rurales de reducido tamaño. El Valle de Arana con el 39,8% de mayores de 65 años y Lagrán con el 39,6% son, con diferencia, los municipios con mayor proporción de personas mayores. Por encima del 30% se sitúan también Añana, Bernedo, Elantxobe, Errigoiti, Gizaburuaga, Ibarangelu, Leza, Moreda de Álava, Muskiz, Orendain y Valdegovía. Prácticamente la mitad de los municipios de la CAPV (122) sobrepasa el 20% de población mayor de 65 años. De las tres capitales es Vitoria-Gasteiz la que tiene una proporción menor de mayores de 65 años, el 15,2%, le sigue Donostia-San Sebastián con el 19,4% y Bilbao con el 21%.

El crecimiento de las personas mayores de 65 años ha sido bastante acelerado, sobre todo en los últimos años. Así, en 1986, el 10,43% de la población de la CAPV era mayor de 65 años, el 12,59% en 1991, el 15,34% en 1996 y el 17,9% en el año 2001. Sin embargo, en los últimos años este fenómeno ha afectado en mayor medida a las mujeres que a los varones pues si la diferencia entre ellos era en 1986 de 4,31 puntos porcentuales (12,56 frente a 8,25), en 1991 era de 4,65 puntos (14,88 y 10,23), en 1996 de 4,9 puntos (17,74 y 12,84) (Tabla 4), y en el año 2001 las mujeres mayores de 65 años eran el 19,47% y los varones el 14,36%, es decir, una diferencia de 5,11 puntos. En la CAPV existen 146.227 varones y 207.337 mujeres mayores de 65 años.

La tasa de envejecimiento de la CAPV por municipios (porcentaje de mayores de 65 años). Las zonas de mayor envejecimiento de la CAPV estarían al sur y oeste de Vitoria-Gasteiz, al sur y oeste de Bilbao, al sur de Donostia-San Sebastián y una zona que se sitúa en la zona costera de la división entre los territorios históricos de Bizkaia y Gipuzkoa.

TABLA 4

Población de la CAPV y territorios por grupos de edad cumplida y sexo

CAPV	Total	Total	1986	1991	1996
					2.136.100
		Varones	1.053.935	1.033.980	1.026.647
		Mujeres	1.082.165	1.070.061	1.071.408
	0 - 19	Total	638.609	537.199	432.584
		Varones	327.477	275.870	221.769
		Mujeres	311.132	261.329	210.815
	20 - 64	Total	1.274.542	1.301.841	1.343.599
		Varones	639.460	652.353	673.096
		Mujeres	635.082	649.488	670.503
	>= 65	Total	222.949	265.001	321.872
		Varones	86.998	105.757	131.782
		Mujeres	135.951	159.244	190.090

TABLA 4 (continuación)

			1986	1991	1996
ARABA	Total	Total	267.728	272.447	281.821
		Varones	133.943	135.582	139.801
		Mujeres	133.785	136.865	142.020
	0 - 19	Total	84.132	73.937	61.288
		Varones	43.050	37.861	31.395
		Mujeres	41.082	36.076	29.893
	20 - 64	Total	157.638	167.589	181.886
		Varones	80.096	84.851	91.990
		Mujeres	77.542	82.738	89.896
	>= 65	Total	25.958	30.921	38.647
		Varones	10.797	12.870	16.416
		Mujeres	15.161	18.051	22.231
GIPUZKOA	Total	Total	689.222	676.488	676.208
		Varones	339.979	332.852	331.745
		Mujeres	349.243	343.636	344.463
	0 -19	Total	206.128	172.361	139.147
		Varones	106.007	88.707	71.502
		Mujeres	100.121	83.654	67.645
	20 -64	Total	408.860	416.958	432.626
		Varones	205.555	209.789	218.127
		Mujeres	203.305	207.169	214.499
	>= 65	Total	74.234	87.169	104.435
		Varones	28.417	34.356	42.116
		Mujeres	45.817	52.813	62.319
BIZKAIA	Total	Total	1.179.150	1.155.106	1.140.026
		Varones	580.013	565.546	555.101
		Mujeres	599.137	589.560	584.925
	0 -19	Total	348.349	290.901	232.149
		Varones	178.420	149.302	118.872
		Mujeres	169.929	141.599	113.277
	20 - 64	Total	708.044	717.294	729.087
		Varones	353.809	357.713	362.979
		Mujeres	354.235	359.581	366.108
	>= 65	Total	122.757	146.911	178.790
		Varones	47.784	58.531	73.250
		Mujeres	74.973	88.380	105.540

Fuente: Eustat.

Si comparamos el crecimiento de la población de la CAPV con otras regiones europeas, el Territorio Histórico de Bizkaia habría experimentado un decrecimiento de 3,6 puntos, como el sur de Portugal, Asturias, las regiones central y norte de Alemania y la zona central de Suecia. El Territorio Histórico de Gipuzkoa, con una reducción de 0,9 puntos, estaría en la línea de las regiones de la mitad norte de España, el norte de Inglaterra, Gales, el sur de Italia, la mayor parte de Suecia y la frontera sur de Finlandia con Rusia. El Territorio Histórico de Araba, con un crecimiento de 1,6 puntos, se encontraría próximo al crecimiento de las regiones del sur de España, la mayoría de las regiones de Francia, el centro y este de Italia, Austria, Dinamarca, Irlanda, el sur de Inglaterra, Holanda, Bélgica y el sur de Alemania, Sicilia y el norte de Grecia.

1.2.2. Indicadores de salud de la población mayor de la CAPV

En este apartado abordaremos algunos indicadores de la salud, aunque habría que decir de la falta de salud, de la población de la CAPV, con especial referencia a los mayores de 65 años.

Las causas de muerte en el conjunto de la población y en la población de 65 y más años son bastante similares, sobre todo por el gran peso que tienen estos últimos en el conjunto, aunque difieren en algunos aspectos. Para los mayores de 65 años, la causa de muerte más frecuente se debe a problemas circulatorios, seguida de los tumores y las afecciones respiratorias. A distancia se sitúan las digestivas, mentales, nerviosas y endocrinas. Para el resto de la población, las más comunes serían los tumores, las circulatorias y las causas externas.

El 78,3% del gasto farmacéutico en el año 2000 en la CAPV fue destinado a los pensionistas¹, 269,5 millones de euros, frente a los 74,5 millones de euros destinados a los activos. De las 143.601 personas mayores de 6 años con alguna discapacidad, el 56,2% tiene más de 65 años (80.693). La discapacidad afecta en mayor medida a las mujeres a partir de los 45 años.

Según la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud* del Instituto Nacional de Estadística (INE), de 1999, había en la CAPV 80.693 personas mayores de 65 años con alguna discapacidad. Por orden de incidencia, las discapacidades más frecuentes eran dificultades: para desplazarse fuera del hogar, para realizar las tareas del hogar, auditivas, de desplazamiento, de utilización de brazos y manos, visuales, para cuidar de sí mismo, para aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas, para relacionarse con otras personas y para comunicarse.

Las discapacidades más frecuentes hacen referencia a desplazarse en transporte público, limpieza y mantenimiento de la casa, escuchar el habla, levantarse/acostarse, cuidarse de las comidas, desplazarse dentro del hogar, asearse solo (lavarse y cuidar el aspecto) y vestirse/desvestirse y arreglarse. Las menos frecuentes comer y beber, controlar las necesidades y utilizar solo el servicio, recordar informaciones y episodios, tareas visuales de conjunto y utilizar utensilios y herramientas.

Los cuidados de los mayores con discapacidad recaen en las hijas en el 27% de los casos, seguido del cónyuge (23%), otros parientes (13%), un hijo (9%) y un empleado, amigo o vecino (9%). Únicamente

¹ Los pensionistas incluyen personas menores de 65 años.

el 2% es atendido por los servicios sociales. Los varones son atendidos en mayor medida por su cónyuge (44%), por una hija (18%) o hijo (7%), mientras las mujeres en el 31% de los casos por una hija, por otro pariente (17%), por el cónyuge (13%) y el 11% por un empleado, amigo o vecino. Llama poderosamente la atención que sólo el 2% de los casos de personas discapacitadas con más de 65 años sean atendidas por los servicios sociales y el mercado. El 18,6% de los mayores de 65 años con discapacidad viven solos y el 43,9% con otra persona.

Según los registros de las Diputaciones Forales de los tres territorios históricos, en la CAPV existían censadas, en el año 2001, 32.800 personas mayores de 65 años con algún tipo de discapacidad: 5.197 en Araba, 15.592 en Bizkaia y 12.011 en Gipuzkoa. La mayor parte de las discapacidades remiten a: problemas osteoarticulares, enfermedades crónicas, problemas visuales, problemas neuromusculares de problemas de trastornos mentales. Por tipos de discapacidades, de mayor a menor incidencia/frecuencia: físicas, sensoriales, psíquicas y mixtas.

1.3. INDICADORES ECONÓMICOS DE LA CAPV: EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD, OCUPACIÓN, PARO Y PENSIONES

A continuación destacaremos los rasgos y momentos más relevantes de la evolución de la actividad, la ocupación y el paro en la CAPV y en sus tres territorios históricos entre 1986 y 2000.

En el período de recuperación económica, 1986-1991, crece en 51.200 personas el número de ocupados de la CAPV, de los cuales 26.200 corresponden a Bizkaia, 17.300 a Gipuzkoa y 7.700 a Araba. Paralelamente, también crece la población activa (25.800), principalmente en Bizkaia (17.000) y en Araba (8.300). El incremento de la población activa es superior al crecimiento del empleo, tanto en Araba (600 personas) como en Gipuzkoa (500). Por otro lado, el número de parados desciende hasta el año 1990 en 43.800 personas (25.700 en Gipuzkoa, 14.100 en Bizkaia y 4.000 en Araba), anunciando ya en 1991 —en Bizkaia un año antes— los efectos de la crisis posterior, con el aumento de 18.400 parados en un solo año. Durante ese período, el mejor comportamiento global con respecto al empleo se observa en Gipuzkoa, al combinar un crecimiento moderado del empleo, un descenso acusado del número de parados y un aumento muy pequeño de activos.

Entre 1991 y 1993, en la CAPV se pierden del orden de 73.100 empleos, correspondiendo las mayores pérdidas a los territorios de Bizkaia (37.600) y Gipuzkoa (32.100), además de los 3.500 empleos perdidos en Araba. En términos porcentuales las pérdidas fueron más acusadas en Gipuzkoa que en los otros dos territorios históricos. En lo que se refiere al paro, su máximo histórico se alcanza en 1993, con 235.900 desempleados, de los cuales algo más de la mitad pertenecen a Bizkaia (141.200), 67.200 a Gipuzkoa y 27.500 a Araba. Sin embargo, en estos dos últimos territorios las cifras más altas de desempleados se producirán un año más tarde.

En el período 1994-2000, el número de ocupados ha aumentado en la CAPV en 123.800 personas (49.500 en Bizkaia, 48.000 en Gipuzkoa y 26.200 en Araba). También ha crecido el número total de activos (14.300), con incremento en Araba (12.100) y Gipuzkoa (3.900) y una disminución de 1.800 en Bizkaia. Además se ha producido una notable reducción del número de desempleados, que ha des-

cendido en 109.400 personas (51.400 en Bizkaia, 44.100 en Gipuzkoa y 14.000 en Araba). De esta manera, globalmente, Gipuzkoa resultaría ser de nuevo el territorio más dinámico en cuanto a su comportamiento en términos de empleo.

1.3.1. La actividad

En la CAPV, la tasa de actividad apenas ha sufrido variaciones en los últimos años, situándose en torno al 53-54% en la mayor parte del mismo. De hecho, en 2000 se ha situado en el 53,3%, seis décimas de punto por debajo de la tasa existente en 1986. Sin embargo, por territorios históricos, sí se aprecian diferencias sustanciales, destacando en 2000 las tasas de actividad de Araba (58,5%) y Gipuzkoa (54,2%), ambas situadas por encima de la media de la CAPV. La tasa de Bizkaia (51,4%) se encuentra casi dos puntos porcentuales por debajo de la media de la CAPV. Entre 1986 y 2000, la tasa de actividad de Araba ha aumentando en casi 2 puntos porcentuales mientras la de Bizkaia se ha reducido ligeramente. La de Gipuzkoa ha perdido más de 2 puntos, no habiendo llegado a igualar en ningún momento del período la tasa que tenía en 1986.

Sin embargo existen diferencias significativas al considerar la variable sexo. En la CAPV, la tasa de actividad masculina ha sufrido un descenso continuado a lo largo de prácticamente todo el período considerado, pasando del 72% en 1986 al 66,6% en 2000, lo que ha supuesto una disminución de 5,4 puntos porcentuales. Por territorios históricos, en el período estudiado no se observan diferencias significativas en cuanto al descenso operado en las tasas de actividad masculinas —aunque ha sido mayor en Araba (5,5 puntos) y Gipuzkoa (5,4) que en Bizkaia (5,3 puntos)—, pero sí en lo que respecta a sus tasas en el último año de referencia, ya que la tasa vizcaína es inferior a la alavesa en 4 puntos porcentuales y a la guipuzcoana en 2,8 puntos.

Por otro lado, la tasa de actividad femenina ha mostrado una constante tendencia a aumentar. En la CAPV el aumento ha sido continuo entre 1986 y 1994, se ha mantenido estable entre 1994 y 1997, para volver a crecer en los años 1998 y 1999, descendiendo en 2000, presentando al final de todo el período una diferencia positiva de 4,3 puntos porcentuales. Distinguiendo por territorios históricos, la tasa de actividad femenina en Bizkaia presenta un comportamiento similar al de la CAPV; en Araba muestra variaciones, aunque de signo ascendente, hasta 1992, y a partir de esa fecha aumenta de manera continuada; en Gipuzkoa, por el contrario, la tasa de actividad femenina disminuye prácticamente a lo largo de todo el período 1986-1993, momento a partir del cual invierte su tendencia y comienza a crecer. De esta manera, si bien las tasas femeninas de Araba y Bizkaia han aumentando respectivamente 9,6 y 4,9 puntos porcentuales entre 1986 y 2000, la de Gipuzkoa sólo lo ha hecho en 0,8 puntos. Si nos fijamos en las tasas de actividad femeninas de cada uno de los territorios en 2000, observamos que la más baja la detenta Bizkaia (38,5%) y la más alta Araba (48,3%), siendo la de Gipuzkoa del 41,2%, ligeramente superior a la media de la CAPV. La diferencia entre las tasas de actividad masculina y femenina se ha reducido en estos últimos quince años de 35,6 puntos a 29,5 puntos. En el 2000, las tasas de actividad masculinas superaban a las femeninas en 21 puntos en Araba, en 26,7 puntos en Bizkaia y en 26,8 puntos en Gipuzkoa.

1.3.2. La ocupación

En la **Tabla 5** se puede apreciar la evolución de la tasa de ocupación tanto en la CAPV como en sus tres territorios históricos. En la CAPV, la tasa de ocupación ha pasado del 42,6% en 1986 al 46,2% en 2000, lo que ha supuesto un incremento de 4 puntos porcentuales. En el período de recuperación económica 1986-1991, la tasa aumenta 1,4 puntos, para descender a continuación en torno a 5 puntos entre 1991-1993 —lo que muestra la gravedad de esta crisis—, habiendo aumentado 6 puntos en el período 1994-2000.

Por territorios históricos Araba es el territorio en el que esta tasa es más alta a lo largo de todo el período y Bizkaia donde es más baja, situándose entre ambas la tasa de ocupación de Gipuzkoa. En 2000, la tasa de ocupación alavesa (52,6%) se situaba 9 puntos por encima de la vizcaína (43,6%) y 3,3 puntos por encima de la guipuzcoana (49,3%). Un análisis más detallado de la evolución de la tasa de ocupación en estos quince últimos años en los tres territorios muestra algunos datos significativos. Así, en el período de recuperación económica 1986-1991, el mayor incremento de la tasa de ocupación lo muestra Bizkaia (casi 2 puntos porcentuales), seguido de Gipuzkoa (1 punto), situándose en último lugar Araba, donde esta tasa apenas alcanza el medio punto de incremento. En la crisis de los años 1992-1993, la tasa de ocupación desciende de manera acusada en Gipuzkoa (6 puntos) y Bizkaia (4,5 puntos), siendo el descenso de esta tasa en Araba de 3,7 puntos porcentuales. Por último, el crecimiento de la ocupación operado en el último período (1994-2000) en todos los territorios de la CAPV ha beneficiado especialmente a Gipuzkoa (que ha visto incrementarse su tasa de ocupación en 9,4 puntos) y Araba (que lo ha hecho en 8,8 puntos), siendo bastante menor el incremento de esta tasa en Bizkaia (6 puntos).

También se observan diferencias en las tasas de ocupación tanto de la CAPV como de sus tres territorios históricos al considerar la variable sexo. Así, en la CAPV la tasa de ocupación masculina casi no se ha modificado entre 1986-2000: manteniéndose prácticamente estable entre 1986-1991, descendiendo vertiginosamente en la crisis de 1992-1993 (cerca de 8 puntos), para volver a incrementarse en 8 puntos en el último período. Por su parte, la tasa de ocupación femenina ha experimentado un incremento de casi 8 puntos porcentuales: aumenta entre 1986-1991 (3 puntos), a continuación disminuye 2,2 puntos en el período 1991-1993, incrementándose de manera sustancial en los siete últimos años (7,3 puntos). Pero a pesar de esta clara incorporación de la mujer vasca al mercado de trabajo, la diferencia entre ambos sexos sigue siendo manifiesta en este terreno, puesto que en 2000 la tasa de ocupación masculina superaba a la femenina en casi 28 puntos.

Por territorios históricos, en 2000, las tasas de ocupación más altas tanto de varones como de mujeres eran las de Araba (65 y 40,7% respectivamente) y las más bajas en Bizkaia (58,3 y 29,8%), situándose Gipuzkoa (con el 63,9 y 35,4%) una vez más en la posición intermedia. Atendiendo a la evolución mostrada por la tasa de ocupación en ambos sexos a lo largo del período considerado, se observa que la recuperación de 1986-1991 en los tres territorios benefició principalmente a las tasas de ocupación femeninas (que aumentan 3,3 puntos en Bizkaia, 2,4 puntos en Araba y 1,7 en Gipuzkoa) y a la tasa de ocupación masculina de Araba (que se incrementa en casi 2 puntos), mientras que la tasa masculina de Gipuzkoa (con un incremento de sólo medio punto) y, sobre todo, de Bizkaia (que permanece prácticamente invariable), apenas se incrementaron. Por otro lado, las pér-

didadas de empleo provocadas por la crisis de los años 1992-1993 afectaron en general más a los hombres (cuya tasa de ocupación desciende 8 puntos en Bizkaia, 7,6 en Gipuzkoa y 6,3 puntos en Araba) que a las mujeres (con descensos en su tasa de ocupación de 1 punto en Araba y Bizkaia, mientras que fue de 5 puntos en Gipuzkoa). Por último, el crecimiento del empleo que se ha producido en el período 1994-2000 ha beneficiado a ambos sexos, aunque de manera diferente en cada uno de los tres territorios históricos. En Araba, el incremento de la tasa de ocupación ha sido mucho mayor en las mujeres (11 puntos) que en los hombres (4,8 puntos); en Bizkaia se ha producido un incremento de 6,7 entre los hombres y de 3,6 puntos entre las mujeres y Gipuzkoa ha experimentado el mayor incremento respecto a la tasa de ocupación masculina (8,2 puntos) y el segundo más alto en la femenina (7,8 puntos).

TABLA 5

Evolución de la tasa de ocupación por territorio histórico y sexo. 1986-2000

	CAPV			ARABA			BIZKAIA			GIPUZKOA		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1986	42,6	60,7	25,2	47,2	65,8	28,7	40,3	58,8	22,6	45,0	62,0	28,6
1987	42,6	60,2	25,6	46,1	64,2	28,1	39,6	57,9	22,2	46,4	62,7	30,6
1988	42,0	59,2	25,5	46,2	64,9	27,5	39,7	57,1	23,2	44,2	60,5	28,7
1989	43,7	61,3	27,0	47,6	66,6	28,7	42,1	59,1	26,0	45,1	63,0	27,9
1990	43,8	60,8	27,6	46,4	64,9	28,0	41,9	58,4	26,1	46,3	63,3	30,0
1991	44,0	60,8	28,0	47,5	64,0	31,1	42,1	59,1	25,9	46,0	62,4	30,3
1992	41,4	57,0	26,4	45,0	60,7	29,4	40,0	55,7	25,2	42,3	57,9	27,3
1993	39,1	53,0	25,8	43,8	57,7	30,2	37,6	50,9	25,0	39,9	54,8	25,6
1994	40,2	54,0	27,1	44,8	60,2	29,7	38,5	51,6	26,2	41,4	55,7	27,6
1995	40,0	53,0	27,7	45,6	60,0	31,5	37,9	49,8	26,6	41,5	55,5	28,0
1996	41,0	54,6	28,2	46,5	60,9	32,6	38,5	50,8	27,0	43,1	58,2	28,6
1997	42,4	56,3	29,4	49,3	63,1	35,9	39,4	52,7	26,9	44,7	59,4	30,9
1998	44,7	58,9	31,3	51,2	65,4	37,5	41,8	55,4	29,1	46,8	62,1	32,3
1999	46,2	59,3	33,9	51,5	63,8	39,8	43,4	56,4	31,3	48,8	62,3	36,0
2000	46,6	61,0	33,1	52,6	65,0	40,7	43,2	58,3	29,8	49,3	63,9	35,4

Fuente: Eustat.

En la CAPV, entre 1986 y 2000, se ha producido un incremento de 127.700 personas ocupadas, un 18% de crecimiento. Mientras el sector agrícola y ganadero y la industria han reducido el número de ocupados, tanto la construcción como el sector servicios han tenido una contribución positiva al crecimiento de la ocupación. El sector primario ha perdido en los últimos quince años 11.100 personas, la industria 3.100, la construcción gana 26.300 y el sector servicios 115.600. Del análisis de estos datos podemos sacar varias conclusiones: a) el carácter anticíclico de la pérdida de ocupación en el sector primario; b) la industria no ha sido capaz, hasta el momento, de recuperar el nivel de ocupados alcanzado en 1986; c) el buen momento que atraviesa el sector de la construcción que alcanza cotas histó-

ricas de ocupación, y d) el sector servicios es el motor de la creación de nuevos empleos en la CAPV, con un incremento interanual de 13.300 empleos netos entre 1993 y 2000.

Araba es el territorio histórico que mayor crecimiento experimenta en la población ocupada, un 34%, de 94.800 a 127.800, muy por encima de los otros territorios. La población ocupada en el sector primario se ha reducido más de un 40%, mientras la industria crece un 20%, la construcción un 90% y el sector servicios un 58%.

Bizkaia es el territorio que menos ha aumentado proporcionalmente la ocupación en estos años, un 13%, pasando de 371.800 ocupados en 1986 a 423.000 en 2000. Al final de este período, según los datos disponibles, tendría 2.100 agricultores/ganaderos más, 11.600 empleados más en la construcción, 17.300 empleados en la industria menos (un 14%) y 54.800 ocupados más en el sector servicios, con un incremento superior al 26%.

Gipuzkoa ha alcanzado un máximo histórico de ocupación con 283.200 personas en el año 2000, un 18% más que los 240.000 de 1986. Salvo el sector primario, que muestra una pérdida paulatina desde 13.700 hasta 4.800 ocupados, los otros sectores de actividad han incrementado el número de ocupados: 6.900 en la industria, 10.200 en la construcción y 35.200 en el sector servicios.

Si miramos algo más detenidamente la evolución de los distintos sectores económicos podemos observar que el protagonismo de la recuperación económica es compartido por los sectores industrial y de servicios, pero con diferencias territoriales notables. En Araba, el sector industrial ha crecido desde 1993, alcanzando un máximo de ocupación en este sector en 1999 con 44.000 trabajadores; en Bizkaia es el sector servicios el que muestra mayor intensidad en el crecimiento de los empleados, mientras la industria no ha dejado de perder peso, con una ligera recuperación en los últimos años cuya tendencia está aún por confirmar; en Gipuzkoa, los inicios de la recuperación (1993-1995) tuvieron su raíz en el sector servicios, que incrementaba la ocupación, mientras la industria continuaba disminuyéndola —14.600 ocupados más frente a 3.700 desocupados—, mientras que en el período 1995-2000 el incremento de la ocupación en la industria (27.200) ha sido mayor que el del sector servicios (21.200). Uno de los grandes elementos distintivos entre los tres territorios históricos lo encontramos en el papel diferencial del sector industrial en los cambios económicos, ya que mientras el tejido industrial de Araba y Gipuzkoa se ha reconstituido con un crecimiento de la ocupación de un 20 y un 5%, respectivamente, en Bizkaia no se ha recuperado la situación de empleo de 1986, con una pérdida de ocupación del 14% entre 1986 y 2000.

A nivel de la CAPV, la evolución de la distribución de la ocupación entre los diferentes sectores desde 1986 hasta 2000 señala una progresiva reducción del peso del sector primario del 4,1 al 2,1%, una disminución de la industria del 36,1 al 30,2% y un pequeño incremento de la construcción, pasando del 6,9 al 9%, acompañado de una gran impulso en el sector servicios que pasa del 52,9 hasta el 58,7%.

El peso relativo de la agricultura en la ocupación alavesa se ha reducido en más de un 50% pasando de representar el 10,2 al 4,3%, entre los vizcaínos se sitúa por debajo del 2%, en el 1,7%, igual que entre los guipuzcoanos. La industria pierde protagonismo en todos los territorios históricos perdiendo 4 puntos en Araba, casi 4 en Gipuzkoa y nada menos que 8 puntos en Bizkaia. También es Bizkaia el

territorio histórico que destaca por tener la mayor proporción de ocupados trabajando en el sector servicios, el 62,4% en 2000, mientras en Gipuzkoa y Araba dicho porcentaje sólo alcanza el 55%. A pesar de las diferencias existentes entre los tres territorios, el sector servicios se mueve con una gran sintonía, con 8 puntos de incremento, en Araba, 6 puntos en Bizkaia, mientras que Gipuzkoa incrementa en 5 puntos su proceso de terciarización. Una de las razones del mayor peso del sector terciario en Bizkaia debe encontrarse en la concentración de servicios comunitarios y supracomunitarios en el área metropolitana de Bilbao.

1.3.2.1. LA EVOLUCIÓN DE LA TEMPORALIDAD

El Instituto Vasco de Estadística (Eustat) mantiene una estadística de la temporalidad de la ocupación desde 1993, por lo que nuestro comentario se remitirá al periodo comprendido entre este año y 2000 (Tabla 6).

TABLA 6
Evolución del porcentaje de asalariados con contrato temporal según territorios históricos. 1993-2000

	CAPV	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA
1993	26,6	26,9	29,7	21,5
1994	32,8	34,8	31,8	33,4
1995	32,4	32,2	30,0	36,3
1996	35,4	38,9	32,9	37,8
1997	37,9	39,1	34,5	42,9
1998	35,5	37,9	32,9	38,7
1999	37,1	33,5	37,7	37,8
2000	29,5	16,8	31,3	32,6

Fuente: Eustat.

La temporalidad no ha dejado de incrementarse entre 1993 y 1999, aumentando en más de 10 puntos, ya que si en 1993 el 26,6% de los ocupados se encontraba en dicha situación seis años más tarde eran ya 37,1%, porcentaje ligeramente inferior al alcanzado dos años antes en 1997 con el 37,9%. En 2000 se ha producido una reducción drástica de la proporción de asalariados que trabajan con un contrato temporal hasta el 29,5%. En 1999 había en la CAPV 245.700 personas con un contrato temporal. La caída en la temporalidad en los últimos años puede tener relación con la reforma laboral aplicada a partir de 1997, que ha supuesto un freno al incremento de la contratación temporal.

En Araba, la temporalidad se había incrementado en 7 puntos, del 26,9 al 33,5%, habiendo llegado a afectar a casi cuatro de cada diez asalariados en 1997. En 1999 había en Araba 33.700 asalariados con un contrato temporal y en 2000 eran 17.556. Bizkaia ha visto incrementarse la proporción de

contratos temporales desde el 29,7% en 1993 al 31,3% en 2000. Por su parte, Gipuzkoa había doblado su porcentaje al pasar del 21,5% de asalariados temporales en 1993 al 42,9% en 1997 para ir reduciéndolo hasta el 32,6% en 2000. Bizkaia ha reducido su índice de contratación temporal desde 1997 en 3,2 mientras que Araba ha reducido la temporalidad en 22,3 puntos y Gipuzkoa en 10,3 puntos.

1.3.3. El paro

La **Tabla 7** refleja el comportamiento de la tasa de paro en la CAPV y en cada uno de los territorios históricos entre 1986 y 2000.

TABLA 7
Evolución de la tasa de paro por territorios históricos. 1986-2000

	CAPV	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA
1986	20,8	16,7	22,0	20,6
1987	21,0	19,0	23,6	17,6
1988	20,9	15,4	23,4	18,9
1989	16,9	15,4	17,6	16,5
1990	15,9	13,2	18,7	12,5
1991	17,5	16,1	19,4	15,0
1992	21,5	19,4	23,3	19,3
1993	25,6	21,8	28,1	23,0
1994	24,3	21,9	25,3	23,6
1995	23,6	20,7	25,8	21,2
1996	22,0	19,8	24,1	19,7
1997	20,2	15,5	23,5	17,0
1998	16,4	13,1	18,7	14,1
1999	14,9	13,4	17,2	12,1
2000	12,4	10,1	15,1	9,2

Fuente: Eustat.

En primer lugar se puede decir que la distribución del paro en el interior de la CAPV no es homogénea, dado que encontramos importantes diferencias entre las tasas de paro de los tres territorios históricos. Podemos observar cómo a lo largo de todos los años la tasa es superior en Bizkaia que en los otros territorios. Hay más homogeneidad entre los otros dos territorios; en este caso, vemos una alternancia entre Araba y Gipuzkoa, a la hora de tener una tasa de paro mayor. En los últimos años, la caída general de la tasa de paro no se da con tanta contundencia en Araba por lo que en estos momentos la tasa alavesa es ligeramente superior a la guipuzcoana, pero, además, parece que la tendencia es hacia una mayor diferencia en el mismo sentido.

En segundo lugar se puede señalar que la evolución es, sin embargo, bastante homogénea en los tres territorios históricos. Entre 1987 y 1990 la tasa de paro baja cinco puntos porcentuales en la CAPV, siendo el descenso bastante uniforme, aunque Bizkaia ve ya aumentar su tasa en 1990. En el siguiente período, entre 1991 y 1993, la tasa crece 10 puntos en la CAPV, siendo también el comportamiento bastante uniforme. Y por último, desde 1994 hasta 2000 se da un descenso continuado de la tasa en la CAPV, hasta alcanzar los 12 puntos. En este último período el descenso de la tasa es más importante en Gipuzkoa, seguido de Bizkaia y de Araba que, como ya se ha dicho, en este último período el descenso de su tasa es sustantivamente menor que el de los otros territorios.

Si pensamos en la situación del paro según el sexo utilizando el cociente entre tasa de paro femenina y tasa de paro masculina, en alguna forma separamos lo que es el efecto económico sobre la citada tasa del «efecto género». El citado cociente y su interpretación en tales términos implica el supuesto de que la economía no diferencia entre sexos y que a un grado determinado de paro en general, la consideración diferenciada de los dos sexos, el género, produce el desequilibrio entre las tasas de paro. Al aislar, en forma rudimentaria, el efecto económico, el cociente nos indica, también en forma rudimentaria, el efecto de la consideración social del sexo, el género, sobre el paro.

En la CAPV vemos cómo el cociente de 2000 es ligeramente superior al de 1986, de manera que no ha habido gran variación en la relación entre paro femenino y masculino. Las oscilaciones del cociente en la CAPV son bastante erráticas, aunque el cociente parece bastante estabilizado en los últimos años, en torno a 2.

Resulta interesante ver cómo el cociente más alto se da en general a lo largo del tiempo en Araba, seguido del cociente relativo a Gipuzkoa. En último lugar se sitúa Bizkaia, con un valor 2,1 del cociente para 2000, mientras que el valor en Gipuzkoa es 2,4 y en Araba es 2,6. Ello significa que por cada parado, en Bizkaia hay 2,1 paradas, en Gipuzkoa 2,4 y en Araba 2,6.

En relación con la actividad laboral anterior se puede decir que en la CAPV a lo largo del tiempo se va reduciendo la proporción de parados que no tienen experiencia laboral, y ello tanto en general como en el caso de los varones y en el de las mujeres. Otra característica general es que a lo largo del tiempo se va reduciendo la diferencia entre las proporciones masculina y femenina, de tal manera que en 1993, año en que se da la mayor tasa de paro de la CAPV, la proporción de mujeres que son paradas sin experiencia es ya mayor que la de hombres. En 1993 crece mucho la tasa de paro, y por ello crece mucho la proporción de parados que pierden su puesto de trabajo en relación a los que no pueden encontrar el primer empleo.

Hoy en día, la proporción de parados sin experiencia laboral es mayor entre las mujeres que entre los hombres, tanto en la CAPV como en cada uno de los territorios históricos. Y es de reseñar que esta diferencia es particularmente grande en Gipuzkoa.

1.3.4. Las pensiones

En la CAPV se perciben 429.306 pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social. Las de incapacidad permanente son 40.917, 17.201 de orfandad, 116.925 de viudedad y 254.263 de jubila-

ción. De ellas, 51.382 en el Territorio Histórico de Araba, 114.004 en Gipuzkoa y 233.919 en Bizkaia. Las pensiones de jubilación representaban en el año 2001 (media anual) el 59,3% del total; las de viudedad el 27,2%, el 4% las de orfandad y favor familiar y el 9,5% las de incapacidad permanente. El importe medio de las pensiones de la CAPV es de 624,5 euros mensuales:

- 261,8 euros las pensiones de orfandad y favor familiar.
- 402,9 euros las pensiones de viudedad.
- 731 euros las pensiones de jubilación.
- 748,5 euros las pensiones de incapacidad.

La pensión media en Araba es de 597,1 euros, de 614,2 euros en Gipuzkoa y de 636,8 euros en Bizkaia.

De las 429.306 pensiones contributivas de la CAPV, 290.979 pertenecen al régimen general, el 67,8%, 28.210 al SOVI, el 6,6%, y, el resto, 110.117 (25,6%), a los diferentes regímenes especiales, entre los cuales casi la mitad pertenece al régimen de trabajadores autónomos.

A finales del año 2001 había en la CAPV 20.108 pensiones de clases pasivas, de las que el 59,2% pertenecen a pensiones familiares y el 35,5% a jubilación. Las pensiones no contributivas del sistema de la Seguridad Social ascendían a 10.749 en 2001 (media anual), 5.568 de invalidez y 5.181 de jubilación. Del total, 1.075 en Araba, 3.081 en Gipuzkoa y 2.908 en Bizkaia.

Según la Encuesta de Presupuestos Familiares (1998), en la CAPV había 4.746 personas mayores por debajo del umbral de pobreza, equivalente al 50% del gasto medio de todos los hogares, es decir, el 2,1% del total de los mayores de 65 años, mientras que en el conjunto de España el porcentaje era del 21,1. En relación con la forma de convivencia de la población mayor constituida por 223.022 personas (1998), en el 77% de los casos es un mayor el que figura como cabeza del hogar. En el 14,3% de los casos el mayor vive solo.

1.4. LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MAYOR DE LA CAPV

En este apartado abordaremos los servicios sociales que las Diputaciones Forales mantienen para atender las demandas asistenciales de los mayores de 65 años en la CAPV. Nos detendremos en algunas características cuantitativas del servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, hogares y clubes, atención residencial, viviendas tuteladas, acogida familiar y viviendas comunitarias.

De 353.681 personas mayores de 65 años, el número de usuarios del servicio de ayuda a domicilio era, a 1 de enero de 2001, de 10.096, es decir, el 2,85% del total. Los mayores de 80 años que utilizaban estos servicios eran el 70% del total, 6.946 personas. El 75% de las personas que usaron este servicio fueron 7.497 mujeres mayores de 65 años. El coste medio por hora de atención fue de 12,45 euros, con un coste medio mensual del servicio por usuario de 294 euros. El número promedio de horas dedicadas al mes por usuario era de 24, de las que el 35% del tiempo se dedicaba a tareas domésticas y el 65% a cuidados a la persona mayor. El empleo generado era de 610 puestos en Araba, siendo 16 a tiempo completo y 564 a tiempo parcial, con seis entidades prestatarias de servicios de ayuda a domicilio.

El número de usuarios del servicio de **teleasistencia** era en 2001 en la CAPV de 4.104 personas, que representaban el 1,16% de las personas mayores de 65 años, porcentaje que aumentaba al 5,97% entre los mayores de 80 años (Araba y Gipuzkoa). El coste anual medio por usuario fue de 91,3 euros. En el Territorio Histórico de Bizkaia había 3.806 beneficiarios de la prestación económica para ayuda a domicilio que representan el 1,93% del total, con un gasto anual medio por beneficiario de 3.132 euros y un total de 960.630 horas subvencionadas. En Araba existía un servicio de comidas a domicilio que atendía a 84 personas; en Gipuzkoa se concedieron 176 prestaciones económicas para la adecuación de la vivienda y 112 prestaciones económicas a familias cuidadoras con un coste anual medio por beneficiario de 2.236 euros.

En los **centros de día** de la CAPV fueron atendidas 867 personas mayores de 65 años que representaban el 0,25% de todos los mayores de 65 años. El coste medio anual de una plaza pública fue de 8.863 euros, y de 9.641 euros cuando la plaza es psicogeríátrica. En enero de 2001 existían once centros públicos propios, 31 privados concertados con entidades públicas, 42 centros públicos propios y concertados, siete de este mismo tipo psicogeríátrico y 22 centros privados concertados o no. El número de plazas públicas propias y concertadas era de 1.001, con una generación de 78 empleos, menos uno, a tiempo completo. El índice de cobertura de plazas en centros de día de la CAPV era de 0,28 mediante plazas públicas y concertadas y de 0,11 mediante plazas privadas concertadas o no.

El número de usuarios de **los hogares y clubes para personas mayores** ronda los 61.000, que representan el 17,25% de las personas mayores de 65 años. El coste supera ligeramente los 227.000 euros y cubre el mantenimiento de 380 centros. En Araba existen **centros rurales de atención diurna** a los que asisten 55 mayores, distribuidos en ocho centros concertados. También existen 61 usuarios de centros públicos de atención diurna en residencias (9) con 81 plazas disponibles y otras 19 plazas en nueve centros privados de atención diurna en residencias.

En la CAPV hay 7.094 personas en **centros residenciales** que representan el 12% de los mayores de 65 años. Más de la mitad son mayores de 80 años, con una edad media de 83 años. El 63% son mujeres. El número total de centros residenciales es de 241, de los que el 15% son centros públicos propios, el 37% concertados y el resto privados. Existen 12.195 plazas residenciales en la CAPV. El tamaño de los centros públicos propios es superior al de los centros privados. Hay 6.249 plazas en residencias públicas y 6.204 en centros privados. Las plazas públicas para no dependientes son 1.300 (Araba y Gipuzkoa), las plazas para dependientes 5.511 y las plazas psicogeríátricas 2.203. Sólo en Araba el empleo generado es de 668 puestos de trabajo, en su mayoría, a tiempo completo. El **índice de cobertura** de plazas residenciales sobre la población mayor de 65 años era de 1,77 en centros públicos y concertados y 2,48 en centros privados, con un total de 4,25 plazas por cada 100 mayores de 65 años. También hay 16 centros que ofrecen **estancias temporales**, con un total de 356 plazas. Además, 358 personas residen en **viviendas tuteladas** (Araba y Gipuzkoa), con una media de 74,5 años. El número de viviendas disponibles es de 153 con 370 plazas, y un coste medio anual de 4.597 euros de una plaza no dependiente y de 6.761 euros para dependiente.

El servicio público de **acogimiento familiar** (Gipuzkoa) atiende a 84 usuarios, de los cuales 50 son mayores de 80 años y 14 dependientes. En Araba existe un **sistema alternativo de alojamiento** y 28 viviendas comunitarias privadas con 238 plazas.

1.5. LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN LA CAPV

Según el Anuario Estadístico de Extranjería del Ministerio del Interior, en junio de 2003 había 1.448.671 inmigrantes en España. Si en 1975 había 165.289 inmigrantes, en 1995 esa cifra había aumentado hasta 499.773 personas para triplicarse en los últimos siete años hasta alcanzar la cantidad anteriormente señalada. El 35% procedía de Europa, el 30% de América, el 27% de África y casi el 8% de Asia. La tendencia de los últimos años es a disminuir los inmigrantes que proceden de Europa y Asia, mientras aumentan los que provienen de América y África.

A 31 de diciembre de 2002 había 1.324.001 inmigrantes con tarjeta o permiso de residencia en vigor. En Bizkaia residían 11.679, en Gipuzkoa 5.892 y en Araba 6.630, representando el 1,82% sobre el total (24.201 personas). Las comunidades de Cataluña, Madrid, Andalucía, Valenciana, Canarias, Baleares, Murcia, Castilla y León o Galicia tenían un porcentaje de los inmigrantes superior al de la CAPV, representando el 1,04% de la población total de Bizkaia, el 2,32% de los alaveses y el 0,87% de los guipuzcoanos. Estos porcentajes son inferiores a la media española que se situaba en el 3,24%.

Los inmigrantes que estaban dados de alta laboral en la Seguridad Social el 14 de enero de 2003 eran 868.288, el 5,36% del total de trabajadores de alta (16.188.390). En Bizkaia el 1,61%, el 2,88% en Araba y el 1,89% en Gipuzkoa. Los alumnos extranjeros matriculados en enseñanzas no universitarias en el curso 1991-1992 fueron 38.927 y en el curso 2001-2002 habían aumentado hasta 201.518 alumnos. El 10,44% de los nacidos en España en el año 2002 fueron hijos de madre extranjera. En el año 2002 se registraron 6.309 solicitudes de asilo: el 23% de Nigeria, el 18,69% de Cuba, el 17,5% de Colombia, seguidas de las peticiones procedentes de Argelia, Sierra Leona, República Democrática del Congo, Rusia, Rumanía y Angola.

De los 24.201 residentes extranjeros en la CAPV que aparecen en el Anuario Estadístico de Extranjería de la Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración del año 2002, 12.212 pertenecían al régimen de residencia general y 11.989 al comunitario. Del total, el 47,24% son mujeres y 20.730 tenían entre 16 y 64 años (el 85,65%), mientras 965 superaban los 64 años, siendo la media de edad de 34 años. Mientras en Araba predominan los residentes del régimen general, en Bizkaia y Gipuzkoa los residentes comunitarios son mayoría. En la CAPV, 8.552 residentes extranjeros proceden de Iberoamérica (35%)², 7.092 del espacio económico europeo (30%), 4.883 de África (20%), 1.648 de Asia, 1.440 de otros países de Europa, 519 de América del Norte³ y 55 de oceanía. Los extranjeros residentes en la CAPV son el 1,83% del total de residentes extranjeros en España y representan el 1,16% del total de la población de la CAPV. Únicamente las comunidades autónomas de Galicia y Asturias tenían un porcentaje de extranjeros menor que la CAPV.

El régimen general de residentes extranjeros representa algo más de la mitad del total y el régimen comunitario la otra mitad. Entre los primeros predominan los iberoamericanos y los procedentes de África; entre los segundos, los iberoamericanos y los pertenecientes al espacio económico europeo. Del total de residentes extranjeros en la CAPV, 11.424 son mujeres con una media de 34 años y 12.759 varones con la misma media de edad. Prácticamente la mitad de las mujeres extranjeras pro-

² Incluye los extranjeros procedentes de México.

³ No incluye a los procedentes de México.

ceden de Iberoamérica y la cuarta parte del espacio económico europeo, con menor presencia de mujeres de África, Asia y resto de Europa. Una tercera parte de los varones extranjeros procede del espacio económico europeo, y la mitad repartida a partes casi iguales entre África e Iberoamérica. Las mujeres residentes según el régimen general provienen mayoritariamente de Iberoamérica y África, mientras que los varones de África e Iberoamérica, por este orden de importancia.

La edad de los residentes extranjeros en la CAPV más representada es la comprendida entre 25 y 44 años. Más del 60% de los residentes extranjeros del régimen comunitario entre 16 y 64 años proceden del espacio económico europeo y el 28% de Iberoamérica. Las mujeres extranjeras residentes entre 16 y 64 años de origen latinoamericano son mucho más numerosas que los varones, mientras entre los procedentes de otros continentes ocurre que los varones son más numerosos que las mujeres. En el caso del territorio histórico de Bizkaia, la relación mujer/hombre con las características mencionadas es de 2,17/1.

Un tercio de los residentes extranjeros del régimen general están con un permiso inicial (4.370), el 14% con la primera renovación, el 24% con la segunda renovación y el 25% con un permiso permanente.

Las mujeres extranjeras del régimen general están con un permiso inicial en el 39,5% de los casos, con la primera renovación el 14%, con la segunda renovación el 21,7% y con permiso permanente el 23,3% de las mujeres (Tabla 8).

TABLA 8

Número y porcentaje de permisos de residencia de las mujeres extranjeras por tipo. CAPV

	Inicial	1.ª renovación	2.ª renovación	Permanente	Total
Número	2.117	745	1.166	1.248	5.356
Porcentaje	39,5	14	21,7	23,3	100

Fuente: Anuario Estadístico de Extranjería, Ministerio del Interior, 2002.

Más de la mitad de los residentes extranjeros del régimen general con permiso inicial provienen de Iberoamérica. La mayoría de los residentes extranjeros del régimen general con permiso de residencia permanente en la CAPV proceden de África. Los residentes extranjeros del régimen general han pasado de ser 7.457 en 2001 a 12.212 en 2002, mientras que los del régimen comunitario han disminuido ligeramente de 12.058 en 2001 a 11.989 en 2002. En la CAPV había, en 2002, 419 personas extranjeras con tarjeta vigente de autorización de estancia por estudios, la mayoría en Bizkaia. En el curso escolar 2001-2002 había 4.118 alumnos matriculados en enseñanzas no universitarias, 2.716 en centros públicos y 1.402 en centros privados, con 782 alumnos en enseñanza infantil, 1.746 en primaria y 1.559 en secundaria.

En enero del año 2003, 16.510 trabajadores extranjeros se encontraban en situación de alta laboral en la Seguridad Social, que representaban el 1,91% del total. De ellos, 5.359 eran mujeres y 11.151 hombres. 1.968 trabajadores (262 en Araba, 563 en Gipuzkoa y 1.143 en Bizkaia) pertenecían al régi-

men especial de empleados de hogar, el 12% del total. Las mujeres dadas de alta laboral en este régimen eran 1.847, con 254 en Araba, 535 en Gipuzkoa y 1.058 en Bizkaia.

De los 16.510 trabajadores extranjeros en alta laboral en la Seguridad Social, 1.548 lo fueron con anterioridad a 1991, 2.304 entre 1991 y 1996, 2.523 entre 1997 y 1999, 2.424 en el año 2000, 3.353 en el año 2001 y 4.306 en el 2002. En este mismo año, se registraron 26.639 contratos a trabajadores extranjeros, 6.420 del espacio económico europeo y 20.033 del resto de países. Los contratos realizados a mujeres fueron el 26,66% del total. Es posible que dentro de la precariedad laboral de los trabajadores extranjeros, las mujeres estén soportando una **mayor precariedad**. El número de contratos indefinidos fue del 8,41%.

Los 26.639 **contratos registrados** correspondientes a trabajadores extranjeros durante el año 2002 suponen el 3,76% de los 708.087 registrados en la CAPV. Destacan los 7.922 contratos de Araba, mientras que en Gipuzkoa se celebraron 7.428 y 11.289 en Bizkaia. Del total de contratos registrados, 7.102 corresponden a mujeres extranjeras, el 26,66%. La mayoría de los contratos corresponden a mujeres iberoamericanas (3.723), seguido de los realizados a mujeres procedentes del espacio económico europeo (1.825), que representan el 52,42 y el 25,69%, respectivamente. La distribución de los contratos correspondientes a trabajadores extranjeros por sectores de actividad sería la siguiente: la agricultura concentra el 7,44%, la construcción el 22,66%, la industria el 12,05% y el sector servicios el 57,86%. El mayor porcentaje de contratos en la agricultura se da en Bizkaia (10%), de la construcción en Araba (26,47%), de la industria en Bizkaia (14%) y de los servicios en Gipuzkoa (66,34%). Los tipos de contrato más frecuentes en la CAPV son por obra o servicio (46,6%) y eventual por circunstancias de la producción (37,53%); los contratos indefinidos correspondientes a trabajadores extranjeros fueron el 5,63%.

En el Censo de Población de 2001 **aparecen inscritos en la CAPV 31.167 extranjeros** que representaban el 1,5% de los 2.082.587 habitantes. En la comarca del Gran Bilbao residían 12.395 extranjeros, 5.511 en la Llanada Alavesa y 4.955 en Donostia-San Sebastián. Los municipios con mayor presencia de personas extranjeras son Bilbao (7.360), Vitoria-Gasteiz (5.307), Donostia-San Sebastián (3.130), Getxo (1.774), Irún (1.112) y Baracaldo (621). Las comunidades más representadas entre los extranjeros son las que proceden de Colombia (5.554), Portugal (3.512), Marruecos (3.022), Ecuador (2.361), Brasil (1.326), Francia (1.241) y Cuba (982). El Anuario Estadístico de Extranjería de 2002 reduce el total de extranjeros a 24.201 residentes. La diferencia entre ambas fuentes es del 28%.

1.6. DATOS E INFORMACIÓN MÁS RESEÑABLE

- La población de la CAPV permanece estancada desde 1975. En realidad, en el año 2001 había unas 10.000 personas más que en 1975. Hasta el año 1981 venía creciendo paulatinamente, llegando a alcanzar un total de 2.134.967 habitantes. Desde entonces se ha producido un leve pero constante descenso hasta situarse en el año 2001 en 2.082.587 habitantes.
- El Territorio Histórico de Araba es el único que no ha dejado de incrementar su población, alcanzando un total de 286.387 habitantes en el año 2001. Bizkaia ha perdido población desde 1981, situándose en 1.122.637 habitantes, al igual que Gipuzkoa que tenía 673.563 habitantes.

- Los últimos años (1996-2001) se han caracterizado porque en la CAPV se han producido más defunciones que nacimientos, en torno a 16.000/17.000 nacimientos por año y 18.000 defunciones, con un ligero repunte de los nacimientos en los años más recientes.
- La pirámide de la población de la CAPV, como muestra gráfica de la estructura por edad y sexo de una población, se ha transformado: la forma tradicional piramidal, con una amplia base que se va estrechando a medida que ascendemos en las cohortes de edad, adquiere la silueta de una figura romboide.
- El saldo migratorio, si exceptuamos las llegadas de extranjeros, también resulta negativo para el conjunto de la CAPV hasta el año 2000. El Territorio Histórico de Araba tiene menores pérdidas y mayores ganancias de población como resultado del saldo migratorio que los territorios de Gipuzkoa y Bizkaia.
- La población mayor de 64 años de la CAPV representaba en 1930 el 5,6%, el 7,8% en 1970, el 13,4% en 1991 y el 17,9% en el año 2001. En el Territorio de Araba el 16% de la población sobrepasa los 65 años, el 17,7% en Gipuzkoa y el 18,5% en Bizkaia.
- Aproximadamente el 37,9% de los mayores de 65 años viven en municipios que tienen más de 100.000 habitantes, el 42,7% en municipios de entre 10.000 y 100.000 habitantes, y el 19,4% en núcleos de menos de 10.000 habitantes.
- Prácticamente la mitad de los municipios de la CAPV (122) sobrepasa el 20% de población mayor de 65 años. De las tres capitales es Vitoria-Gasteiz la que tiene una proporción menor de mayores de 65 años, el 15,2%, le sigue Donostia-San Sebastián con el 19,4% y Bilbao con el 21%.
- El crecimiento de los mayores de 65 años ha afectado en mayor medida a las mujeres que a los varones pues si la diferencia entre ellos era en 1986 de 4,31 puntos porcentuales (12,56 frente a 8,25), en 1991 era de 4,65 puntos (14,88 y 10,23), en 1996 de 4,9 puntos (17,74 y 12,84), y en el año 2001 las mujeres mayores de 65 años eran el 19,47% y los varones el 14,36%, es decir, una diferencia de 5,11 puntos. En la CAPV existen 146.227 varones y 207.337 mujeres mayores de 65 años.
- Las zonas de mayor envejecimiento de la CAPV estarían al sur y oeste de Vitoria-Gasteiz, al sur y oeste de Bilbao, al sur de Donostia-San Sebastián y una zona que se sitúa en la zona costera de la división entre los territorios históricos de Bizkaia y Gipuzkoa.
- Para los mayores de 65 años, la causa de muerte más frecuente se debe a problemas circulatorios, seguida de los tumores y las afecciones respiratorias. A distancia se sitúan las digestivas, mentales, nerviosas y endocrinas. Para el resto de la población, las más comunes serían los tumores, las circulatorias y las causas externas.
- El 78,3% del gasto farmacéutico en el año 2000 en la CAPV fue destinado a los pensionistas, 269,5 millones de euros, frente a los 74,5 millones de euros destinados a los activos.
- De las 143.601 personas mayores de 6 años con alguna discapacidad, el 56,2% tiene más de 65 años (80.693). La discapacidad afecta en mayor medida a las mujeres a partir de los 45 años.
- Según la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 1999 había en la CAPV 80.693 personas mayores de 65 años con alguna discapacidad. Por orden de incidencia, las discapacidades más frecuentes eran dificultades: para desplazarse fuera del hogar, para realizar las tareas del hogar, auditivas, de desplazamiento, de utiliza-

ción de brazos y manos, visuales, para cuidar de sí mismo, para aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas, para relacionarse con otras personas y para comunicarse.

— Los cuidados de los mayores con discapacidad recaen en las hijas en el 27% de los casos, seguido del cónyuge (23%), otros parientes (13%), un hijo (9%) y un empleado, amigo o vecino (9%). Únicamente el 2% es atendido por los servicios sociales.

— Según los registros de las Diputaciones Forales de los tres territorios históricos, en la CAPV existían censadas, en el año 2001, 32.800 personas mayores de 65 años con algún tipo de discapacidad: 5.197 en Araba, 15.592 en Bizkaia y 12.011 en Gipuzkoa. La mayor parte de las discapacidades remiten a: problemas osteoarticulares, enfermedades crónicas, problemas visuales, problemas neuromusculares y trastornos mentales.

- En la CAPV, entre 1986 y 2000 se ha producido un incremento de 127.700 personas ocupadas, un 18% de crecimiento. Del análisis de estos datos podemos sacar varias conclusiones: *a)* el carácter anticíclico de la pérdida de ocupación en el sector primario; *b)* la industria no ha sido capaz, hasta el momento, de recuperar el nivel de ocupados alcanzado en 1986; *c)* el buen momento que atraviesa el sector de la construcción que alcanza cotas históricas de ocupación; *d)* el sector servicios es el motor de la creación de nuevos empleos en la CAPV con un incremento interanual de 13.300 empleos netos entre 1993 y 2000.
- La temporalidad no ha dejado de incrementarse entre 1993 y 1999, aumentando en más de 10 puntos, ya que si en 1993 el 26,6% de los ocupados se encontraba en dicha situación seis años más tarde eran ya 37,1%, porcentaje ligeramente inferior al alcanzado dos años antes en 1997 con el 37,9%. En 2000 se ha producido una reducción drástica de la proporción de asalariados que trabajan con un contrato temporal hasta el 29,5%. En 1999 había en la CAPV 245.700 personas con un contrato temporal. La caída en la temporalidad en los últimos años puede tener relación con la reforma laboral aplicada a partir de 1997 que ha supuesto un freno al incremento de la contratación temporal.
- La evolución del paro es bastante homogénea en los tres territorios históricos. Entre 1987 y 1990 la tasa de paro baja cinco puntos porcentuales en la CAPV, siendo el descenso bastante uniforme, aunque Bizkaia ve ya aumentar su tasa en 1990. En el siguiente período, entre 1991 y 1993, la tasa crece 10 puntos en la CAPV, siendo también el comportamiento bastante uniforme. Y por último, desde 1994 hasta 2000, se da un descenso continuado de la tasa en la CAPV, hasta alcanzar los 12 puntos. En este último período el descenso de la tasa es más importante en Gipuzkoa, seguido de Bizkaia y de Araba que, como ya se ha dicho, en este último período el descenso de su tasa es sustantivamente menor que el de los otros territorios.
- Transformaciones del mercado de trabajo del primer, segundo y tercer período (1976-1993): la desmanualización del trabajo. Se incrementan los profesionales y el personal técnico en más de un 100%. También aumentan los directores de empresa, así como los trabajadores de la hostelería y servicios domésticos. Decrecen los mineros, los trabajadores del textil, transporte y construcción.
- Transformaciones del mercado de trabajo del cuarto período (1994-1998): aumentan las ocupaciones de alta cualificación: técnicos, profesionales de apoyo, científicos e intelectuales, directivos de empresas y trabajadores de la Administración pública; junto a otras ocupaciones características del sector servicios como empleados de oficina, servicios de restauración, personales y el comercio.

Muestran una cierta tendencia al alza las ocupaciones características del sector industrial y de la construcción, pero sobre todo los trabajadores no cualificados. Ambos elementos parecen apuntar a la dualización que se produce a nivel de la estructura ocupacional en las sociedades de capitalismo avanzado.

- En la CAPV se perciben 429.306 pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social. Las de incapacidad permanente son 40.917, 17.201 de orfandad, 116.925 de viudedad y 254.263 de jubilación. De ellas, 51.382 en el Territorio Histórico de Araba, 114.004 en Gipuzkoa y 233.919 en Bizkaia. Las pensiones de jubilación representaban en el año 2001 (media anual) el 59,3% del total; las de viudedad el 27,2%, el 4% las de orfandad y favor familiar y el 9,5% las de incapacidad permanente. El importe medio de las pensiones de la CAPV es de 624,5 euros mensuales.
- A finales del año 2001 había en la CAPV 20.108 pensiones de clases pasivas, de las que el 59,2% pertenecen a pensiones familiares y el 35,5% a jubilación. Las pensiones no contributivas del sistema de la Seguridad Social ascendían a 10.749 en 2001 (media anual), 5.568 de invalidez y 5.181 de jubilación. Del total, 1.075 en Araba, 3.081 en Gipuzkoa y 2.908 en Bizkaia.
- Según la Encuesta de Presupuestos Familiares (1998), en la CAPV había 4.746 personas mayores por debajo del umbral de pobreza, equivalente al 50% del gasto medio de todos los hogares, es decir, el 2,1% del total de los mayores de 65 años, mientras que en el conjunto de España el porcentaje era del 21,1. En relación con la forma de convivencia de la población mayor constituida por 223.022 personas (1998), en el 77% de los casos es un mayor el que figura como cabeza del hogar. En el 14,3% de los casos el mayor vive solo.
- De 353.681 personas mayores de 65 años, el número de usuarios del servicio de ayuda a domicilio era, a 1 de enero de 2001, de 10.096, es decir, el 2,85% del total. Los mayores de 80 años que utilizaban estos servicios eran el 70% del total, 6.946 personas. El 75% de las personas que usaron este servicio fueron 7.497 mujeres mayores de 65 años. El número promedio de horas dedicadas al mes por usuario era de 24, de las que el 35% del tiempo se dedicaba a tareas domésticas y el 65% a cuidados a la persona mayor. El empleo generado era de 610 puestos en Araba, siendo 16 a tiempo completo y 564 a tiempo parcial, con seis entidades prestatarias de servicios de ayuda a domicilio.
- El número de usuarios del servicio de teleasistencia era en 2001 en la CAPV de 4.104 personas, que representaban el 1,16% de las personas mayores de 65 años, porcentaje que aumentaba al 5,97% entre los mayores de 80 años (Araba y Gipuzkoa). En el Territorio Histórico de Bizkaia había 3.806 beneficiarios de la prestación económica para ayuda a domicilio que representan el 1,93% del total.
- En los centros de día de la CAPV fueron atendidas 867 personas mayores de 65 años que representaban el 0,25% de todos los mayores de 65 años. En enero de 2001 existían once centros públicos propios, 31 privados concertados con entidades públicas, 42 centros públicos propios y concertados, siete de este mismo tipo psicogeriatrico y 22 centros privados concertados o no. El número de plazas públicas propias y concertadas era de 1.001. El índice de cobertura de plazas en centros de día de la CAPV era de 0,28 mediante plazas públicas y concertadas y de 0,11 mediante plazas privadas concertadas o no.
- El número de usuarios de los hogares y clubes para personas mayores (380 centros) ronda los 61.000, que representan el 17,25% de las personas mayores de 65 años.

- En la CAPV hay 7.094 personas en centros residenciales que representan el 12% de los mayores de 65 años. Más de la mitad son mayores de 80 años, con una edad media de 83 años. El 63% son mujeres. El número total de centros residenciales es de 241, de los que el 15% son centros públicos propios, el 37% concertados y el resto privados. Existen 12.195 plazas residenciales en la CAPV. El índice de cobertura de plazas residenciales sobre la población mayor de 65 años era de 1,77 en centros públicos y concertados y 2,48 en centros privados, con un total de 4,25 plazas por cada 100 mayores de 65 años.
- A 31 de diciembre de 2002 había 1.324.001 inmigrantes con tarjeta o permiso de residencia en vigor. En Bizkaia residían 11.679, en Gipuzkoa 5.892 y en Araba 6.630, representando el 1,82% sobre el total (24.201 personas).
- Los inmigrantes que estaban dados de alta laboral en la Seguridad Social el 14 de enero de 2003 en Bizkaia eran el 1,61%, el 2,88% en Araba y el 1,89% en Gipuzkoa.
- De los 24.201 residentes extranjeros en la CAPV que aparecen en el Anuario Estadístico de Extranjería de la Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración del año 2002, 12.212 pertenecían al régimen de residencia general y 11.989 al comunitario. Del total, el 47,24% son mujeres, y 20.730 tenían entre 16 y 64 años (el 85,65%), mientras 965 superaban los 64 años, siendo la media de edad de 34 años.
- En la CAPV, 8.552 residentes extranjeros proceden de Iberoamérica (35%), 7.092 del espacio económico europeo (30%), 4.883 de África (20%), 1.648 de Asia, 1.440 de otros países de Europa, 519 de América del Norte y 55 de oceanía. Los extranjeros residentes en la CAPV son el 1,83% del total de residentes extranjeros en España y representan el 1,16% del total de la población de la CAPV. Únicamente las comunidades autónomas de Galicia y Asturias tenían un porcentaje de extranjeros menor que la CAPV.
- Las mujeres extranjeras residentes entre 16 y 64 años de origen latinoamericano son mucho más numerosas que los varones, mientras entre los procedentes de otros continentes ocurre que los varones son más numerosos que las mujeres. En el caso del Territorio Histórico de Bizkaia la relación mujer/hombre con las características mencionadas es de 2,17/1.
- En enero del año 2003, 16.510 trabajadores extranjeros se encontraban en situación de alta laboral en la Seguridad Social, que representaban el 1,91% del total. De ellos, 5.359 eran mujeres y 11.151 hombres. 1.968 trabajadores (262 en Araba, 563 en Gipuzkoa y 1.143 en Bizkaia) pertenecían al régimen especial de empleados de hogar, el 12% del total. Las mujeres dadas de alta laboral en este régimen eran 1.847, con 254 en Araba, 535 en Gipuzkoa y 1.058 en Bizkaia.
- De los 16.510 trabajadores extranjeros en alta laboral en la Seguridad Social, 1.548 lo fueron con anterioridad a 1991, 2.304 entre 1991 y 1996, 2.523 entre 1997 y 1999, 2.424 en el año 2000, 3.353 en el año 2001 y 4.306 en el 2002. En este mismo año, se registraron 26.639 contratos a trabajadores extranjeros, 6.420 del espacio económico europeo y 20.033 del resto de países. Los contratos realizados a mujeres fueron el 26,66% del total. Es posible que dentro de la precariedad laboral de los trabajadores extranjeros, las mujeres estén soportando una mayor precariedad. El número de contratos indefinidos fue del 8,41%.
- En el Censo de Población de 2001 aparecen inscritos en la CAPV 31.167 extranjeros que representaban el 1,5% de los 2.082.587 habitantes. En la comarca del Gran Bilbao residían 12.395 extran-

jeros, 5.511 en la Llanada Alavesa y 4.955 en Donostia-San Sebastián. Los municipios con mayor presencia de personas extranjeras son Bilbao (7.360), Vitoria-Gasteiz (5.307), Donostia-San Sebastián (3.130), Getxo (1.774), Irún (1.112) y Baracaldo (621). Las comunidades más representadas entre los extranjeros son las que proceden de Colombia (5.554), Portugal (3.512), Marruecos (3.022), Ecuador (2.361), Brasil (1.326), Francia (1.241) y Cuba (982). El Anuario Estadístico de Extranjería de 2002 reduce el total de extranjeros a 24.201 residentes. La diferencia entre ambas fuentes es del 28%.

TABLA 9
Evolución de activos, ocupados y parados (en miles) por territorios históricos. 1986-2000

	CAPV		ARABA		BIZKAIA		GIPIZKOA				
	Activos	Parados	Activos	Parados	Activos	Parados	Activos	Parados			
1986	892,3	706,3	113,9	94,8	19,1	476,6	371,8	104,8	301,8	239,7	62,2
1987	902,8	713,1	116,4	94,3	22,1	484,3	370,0	114,3	302,1	248,8	53,2
1988	887,9	702,6	113,6	96,1	17,5	481,4	368,9	112,5	292,9	237,6	55,3
1989	889,4	739,0	120,0	101,6	18,5	476,9	393,1	83,8	292,5	244,3	48,2
1990	892,0	749,8	114,9	99,8	15,1	485,6	395,0	90,7	291,5	255,0	36,5
1991	918,1		160,6	122,2	102,5	19,7	493,6	398,0	95,6	302,3	257,0
45,3											
1992	918,8	721,6	125,2	101,0	24,2	498,7	382,7	116,0	294,8	237,9	56,9
1993	920,3	684,4	126,6	99,0	27,5	501,6	360,4	141,2	292,1	224,9	67,2
1994	938,1	710,2	130,1	101,6	28,4	500,3	373,5	126,8	307,8	235,2	72,6
1995	932,5	712,4	132,8	105,2	27,6	499,1	370,1	129,0	300,6	237,0	63,6
1996	933,2	727,9	135,5	108,7	26,8	491,9	373,5	118,4	305,8	245,6	60,2
1997	945,9	754,8	138,1	116,7	21,4	499,0	382,0	117,0	308,7	256,1	52,6
1998	954,2	797,7	156,5	140,9	18,5	499,8	406,2	93,7	313,5	269,1	44,3
1999	971,7	826,6	145,1	124,4	19,2	509,1	421,8	87,3	319,1	280,5	38,6
2000	952,4	834,0	142,2	127,8	14,4	498,5	423,0	75,4	311,7	283,2	28,5

2. LAS REDES DE INTERMEDIACIÓN ENTRE CUIDADORES INMIGRANTES Y PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

2.1. INTRODUCCIÓN

El siguiente apartado sistematiza la información recogida en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) a través de entrevistas directas y telefónicas a diversos informantes clave, relacionados tanto con los ancianos cuanto con los inmigrantes en disposición de encargarse de su cuidado.

El objetivo de este capítulo es conocer la presencia de este fenómeno en el territorio de la CAPV y recomponer el mapa de las distintas redes que estructuran las relaciones entre unos —los cuidadores inmigrantes— y otros —los ancianos y sus familias—. Hemos procurado adecuar las entrevistas realizadas a la estructura que da forma a la tupida red de organismos a los que acuden los agentes estudiados para establecer contacto. En razón de ello, y siempre en cada uno de los tres territorios históricos de la CAPV, nos hemos puesto en contacto con informantes de cada una de las agencias listadas a continuación⁴:

1. Organismos vinculados a la Administración pública (en los ámbitos local, provincial y autonómico) con competencia en el área de Servicios Sociales (inmigración, acción comunitaria, bienestar social, tercera edad, etc.).
2. Empresas de intermediación laboral que se desempeñen en el área del servicio doméstico.
3. Empresas que prestan servicios de ayuda a domicilio.
4. Organismos de carácter asistencial de ámbito general (sindicatos, Cruz Roja, etc.).
5. Organismos de carácter asistencial vinculados a la situación de la inmigración.
6. Asociaciones de inmigrantes.
7. Asociaciones de familiares de afectados (enfermos de Parkinson, enfermos de Alzheimer, disminuidos físicos) o de personas de la tercera edad (pensionistas, etc.).
8. Organismos de carácter asistencial vinculados a la Iglesia (Cáritas, parroquias, algunas órdenes religiosas, etc.).
9. Redes informales de mediadores.

El material básico del presente apartado lo constituyen estas entrevistas. El índice se organiza en correspondencia al listado de agencias mencionadas anteriormente. En cada epígrafe comentaremos la incidencia de cada una de esas agencias en la construcción de la red de relaciones entre cuidadores y ancianos. Finalmente, y a modo de conclusión, proponemos un mapa de las redes de relaciones entre cuidadores inmigrantes y ancianos dependientes en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

⁴ Las entrevistas han sido realizadas entre junio y septiembre de 2003 por miembros del equipo del CEIC (Gabriel Gatti, Silvia Rodríguez, Benjamín Tejerina) y del equipo Datlan (Juan José Pérez, Santiago Pisonero) en los tres territorios históricos de la CAPV.

2.2. LAS AGENCIAS DE INTERMEDIACIÓN ENTRE CUIDADORES INMIGRANTES Y PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

2.2.1. Administración pública

En el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, la falta de competencias en materia de inmigración impide el desarrollo de una política propia. En razón de ello, las únicas respuestas posibles son aquellas que proporcionan sustento financiero a las redes de apoyo y solidaridad con los inmigrantes. Sin embargo, las líneas de actuación futura de la Dirección de Inmigración de Gobierno Vasco parecen apuntar hacia el desarrollo de una política que, más allá de «aliviar, ayudar y acoger»⁵ la situación de la inmigración, asuma directamente la recepción al inmigrante en la red primaria de atención social.

Quizás en este último punto se encuentre la «peculiaridad» de la CAPV en esta materia, en que la red pública de bienestar social se da en condiciones tales que el mercado que describe este texto, aun cuando no pierda su naturaleza sustancialmente irregular, puede desarrollarse sin excesivas interferencias por parte de la Administración autonómica: universalidad en el acceso a los servicios públicos, cobertura de servicios sociales, acceso rápido al empadronamiento, lo que facilita una pronta obtención del IMI...

La falta de competencias sobre la gestión de la inmigración podría servir para explicar que, en los ámbitos foral y municipal, se carezca tanto de una lectura del fenómeno del cuidado de personas mayores dependientes por parte de inmigrantes como de un proyecto específico para él: «Las instituciones no controlan mucho del tema» (responsable del Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava). Esta naturaleza *opaca*, a efectos de la Administración, de la realidad de la inmigración, justifica que desde ésta se traslade la gestión hacia otras instancias, en las que delega sus responsabilidades en materia de bienestar social:

- Los **Ayuntamientos de Bilbao, Vitoria o San Sebastián** delegan todo lo relacionado con el cuidado de personas mayores y con la formación y la contratación de cuidadores en empresas subcontratadas dedicadas a la Asistencia a Domicilio [cf. 2.2.3, «Empresas que prestan servicios de ayuda a domicilio»].
- El **Ayuntamiento de Bilbao**, por su parte, también lo hace en Norabide (Cáritas Diocesana, servicio de integración laboral) [cf. 2.2.8, «Organismos asistenciales vinculados a la Iglesia»].
- En cuanto a la **Diputación Foral de Álava**, delega en la Cruz Roja [cf. 2.2.4, «Organismos asistenciales de carácter general»] y en los Centros de Cultura Popular [cf. 2.2.8, «Organismos asistenciales vinculados a la Iglesia»]. Las Diputaciones son también quienes se encargan de establecer los criterios clasificación de las minusvalías y regulan su reconocimiento, pasos necesarios para el

⁵ Dirección de Inmigración del Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, Líneas de actuación de la Dirección de Inmigración del Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, policopiado, s/f.

acceso a ayudas que, en su caso, podrían permitir contratar cuidadores (sólo si éstos están dentro del mercado laboral regular).

Sólo en contadas ocasiones, algunas de estas instituciones —caso del Ayuntamiento de Bilbao en programas como Auzolan, para población con difícil inserción laboral, esto es, aquella que recibe el IMI— ha impartido módulos de formación para el cuidado de personas mayores. Aunque no están específicamente destinados a ella, a estos cursos acude cada vez más la población inmigrante.

2.2.2. Empresas de intermediación laboral

Las ETT apenas se aplican sobre áreas del mercado de trabajo ocupadas, como parece ser el caso, por la inmigración irregular. No sólo gestionan mercados laborales normalizados, sino que lo hacen con trabajos con características —requerimientos inmediatos y de corta duración— que no posee el que se desarrolla en el sector de Atención Domiciliaria. En general, además, administran muy escasas demandas de inmigrantes en sus oficinas, y, de haberlas, no están éstas dirigidas a este tipo de empleos: hombres en el sector industrial y en la construcción; mujeres en atención al público, el comercio y la hostelería. Cuando existen este tipo de demandas, son remitidas al Ayuntamiento. En la dificultad de la gestión («[con los inmigrantes] la tramitación es pesada. Y la necesidad [que nosotros gestionamos], puntual» [ETT Vitoria]) se justifica también la poca intervención de las ETT en este mercado.

En cuanto al INEM, la legislación le impide intervenir en este campo de manera eficaz. El «principio de prioridad nacional» hace que sean pocas las ocasiones que un trabajo legal se ceda a un inmigrante, menos teniendo en cuenta que este mercado es de plazos cortos y la tramitación es larga: «Los papeles [del INEM] tardan tanto que la persona atendida se muere antes de que llegue el permiso» (SOS Racismo). Además, el supuesto de preferencia del INEM en esta materia no distingue entre asistente domiciliaria externa o interna, y habiendo para puestos de «asistente externa» personas nacionales dispuestos a coger el trabajo, la entrada a este mercado de inmigrantes en condiciones de regularización queda, en la práctica, bloqueada. No hay, por lo demás, opción de que ese requisito sea obviado o superado por la legislación autonómica.

2.2.3. Empresas que prestan servicios de ayuda a domicilio

Una parte importante del flujo del mercado de trabajo *regularizado* en el sector de atención domiciliaria pasa por las manos de estas empresas: aquella parte que tiene contacto con el sector público. Ciertamente, en ellas se concentran los servicios delegados por Diputaciones y Ayuntamientos [cf. 2.1, «Administración pública»], tanto en grandes ciudades como en el mundo rural. En efecto, todo el sector público de Ayuda a Domicilio y lo relacionado con el cuidado de personas mayores y con la formación y la contratación de cuidadores está gestionado por estas empresas que, en razón de ello, limitan su mercado a aquellos inmigrantes «con los papeles en regla y trabajando con contrato» (Empresa de Ayuda a Domicilio, Vitoria).

Una vez bajo su gestión estos organismos desempeñan labores de formación, organizan bolsas de trabajo y colocan, si es preciso, a los inmigrantes en el mercado laboral regularizado.

2.2.4. Organismos asistenciales de carácter general

Junto a las instituciones que forman parte de la Obra Social de la Iglesia [cf. 2.2.8, «Organismos asistenciales vinculados a la Iglesia»], la Cruz Roja es, en la CAPV, la otra gran referencia de este sector. Su atención se concentra en exclusiva en *inmigrantes en situación regular* («Sólo trabajamos con "con papeles", porque si no, les explotan» [Cruz Roja Vitoria]) para los que desarrollan un «itinerario de inserción» que incluye formación y orientación, no la colocación («si no nos convertirían en una ETT» [Cruz Roja Bilbao]) ni la mediación entre familias y potenciales cuidadores.

En cuanto a su relación directa con el sector de Asistencia Domiciliaria, ésta viene como consecuencia de algunas tareas que desarrollan en la formación de cuidadores y del programa de acompañamiento a ancianos, donde esporádicamente sí han entrado en contacto con aquellos inmigrantes que acuden como voluntarios para desempeñarse como cuidadores.

En lo que se refiere a los otros organismos consignados en este rubro, los sindicatos, todos los consultados constatan la evidencia del fenómeno y reconocen desconocerlo pues señalan que por su naturaleza queda fuera de su ámbito de acción, los trabajadores regulares o con posibilidad de serlo. Es, dicen, «un ámbito difícil para seguir la relación laboral» (CC.OO.).

En cualquier caso, tanto una —Cruz Roja— como los otros —sindicatos— son conscientes de que, en la actual situación, este mercado es *opaco* a sus ojos: aunque interesados, la legalidad, argumentan, les impide acercarse a él. Asumen así que el recorrido de inserción de los inmigrantes en situaciones irregulares que busca desempeñarse en el campo del cuidado de personas mayores dependientes pasa por ONG de otra naturaleza [2.2.5, «Organismos asistenciales vinculados a la situación de la inmigración»; 2.2.6, «Asociaciones de inmigrantes»] y sobre todo, nuevamente, por la Iglesia [cf. 2.2.8, «Organismos asistenciales vinculados a la Iglesia»].

2.2.5. Organismos asistenciales vinculados a la situación de la inmigración

En ningún caso los organismos contactados en este rubro intervienen como agentes mediadores en este mercado. A todos les consta su existencia, todos son conscientes de su importancia así como de la informalidad que lo rige pero, aun en aquellos casos en los que la integración laboral de los inmigrantes es la vocación de la asociación (Sartu, Bilbo Etxezabal...), se asume la incapacidad de sacar a este fenómeno de la situación de *opacidad, irregularidad e invisibilidad legal* en que se encuentra.

En todos los casos analizados se dibuja un mapa similar: el de un mercado *paralelo* a los mercados formales en los que ellos sí intervienen. Así la propia **SOS Racismo**, que indica no sólo que ese mercado no pasa en ningún caso por sus manos —pues se limitan, en el contacto directo con los inmigran-

tes, a realizar algunas labores que conduzcan a la regularización o a la resolución de tramitaciones— sino también la imposibilidad de desarrollar tareas de «intermediación laboral» por los conflictos legales que eso depararía.

Parecida duplicidad comparece en lo que concierne a aquellos organismos que intervienen en el **mercado de trabajadores temporeros en labores agrarias** en la Álava rural y en la Navarra rural (Asociación Galilea, Álava). A éstos les consta que en paralelo al mercado más o menos regularizado sobre el que ellos intervienen —el de trabajadores rurales temporeros o fijos— se está configurando otro, no regularizado, integrado por familiares femeninas de los trabajadores agrarios y dedicado en buena parte al desempeño de tareas de servicio doméstico y, fundamentalmente, de asistencia domiciliaría a ancianos dependientes residentes en el ámbito rural.

El mismo mapa parecería representar la manera de interpretar el fenómeno y, en consecuencia, de actuar sobre él de **instituciones de acogida** como Bilbo Etxezabal, que concentran su tarea en el escaso contingente de población inmigrante regularizada, para la que desarrollan tareas de orientación laboral o asesoría jurídica, e, incluso, labores de colocación (gracias a las que en 2.002 colocaron 21 personas, el 72% de las colocaciones conseguidas en ese año).

En definitiva: las «redes naturales», el «boca a boca» [cf. 2.2.9, «Redes informales de mediadores»] y la Iglesia [cf. 2.2.8, «Organismos asistenciales vinculados a la Iglesia»] son las únicas que parecen tener el potencial necesario como para administrar este mercado, pues sólo ellas acceden a su dimensión menos visible, más irregular. Sólo aquellas asociaciones con capacidad de intervenir en ese «mundo opaco» (algunas asociaciones de inmigrantes [cf. 2.2.6, «Asociaciones de inmigrantes»] u ONG como *Mujeres del Mundo*, que ofrece cursos de formación como cuidador/a a sus afiliados) accede a él.

2.2.6. Asociaciones de inmigrantes

Las asociaciones de inmigrantes son lugares de paso, pero no obligado ni tampoco claves, de este mercado. Raramente organizan bolsas de trabajo, al menos públicamente. Aunque últimamente han comenzado —entre la oferta de cursos destinados a facilitar la integración de sus afiliados— a incluir, junto a cursos de euskera y cultura general, otros de atención a personas mayores dependientes y encamadas (higiene, cuidados problemas cutáneos, nutrición) (*Asociación Paccha Mama*).

Informalmente las asociaciones de inmigrantes latinoamericanas (que copan el mercado) sí parecen ser lugares que reconducen hacia otras agencias, menos formales, que desarrollan labores de intermediación efectiva [cf. 2.2.9, «Redes informales de mediadores»]. Según algunos informantes, «las asociaciones son clave por el manejo de información y recursos. Son ellas quienes distribuyen la información sobre cursos de formación y ofertas de trabajo». En el mismo sentido, se señala incluso que a estas asociaciones acuden algunas empresas que prestan servicios de ayuda a domicilio para solicitar trabajadoras. Podría decirse, entonces, que protagonizan una suerte de semivisibilidad del mercado que describimos.

2.2.7. Asociaciones de familiares de personas mayores dependientes

En ninguno de los casos consultados las asociaciones de familiares organiza de manera alguna —sea bajo la forma de bolsas de trabajo, sea bajo la de servicio de contratación...— este mercado. Constan que el mercado de asistencia domiciliaria —no el de los voluntarios, a los que sí acuden— está casi en su totalidad en manos de la inmigración, formal o no, formada o no para desempeñar estas tareas de cuidado. Reconocen que aunque como organización no establecen relaciones con inmigrantes cuidadores, sus asociados sí que recurren a la ayuda de uno o más inmigrantes, a los que llegan a través de Cáritas o de las parroquias. Es adecuándose a esta realidad que desde algunas asociaciones (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Vizcaya y otras asociaciones de familiares de enfermos que requieren cuidados particulares) se ha planificado la organización de cursos de formación en el cuidado de enfermos. No obstante, la peculiaridad de los cuidados de los que requieren los pacientes que padecen estas enfermedades obliga a una cierta profesionalidad del cuidador, característica que en el mercado que describimos es muy difícil de encontrar.

2.2.8. Organismos asistenciales vinculados a la Iglesia

Son estos organismos las agencias de intermediación entre cuidadores inmigrantes y personas mayores dependientes con mayor presencia en la CAPV y las que mayor densidad de relaciones concentran, tanto en los mercados laborales regularizados como en los que no lo están.

La obra social de la Iglesia desplegada por **Cáritas Diocesana** no atiende oficialmente ese mercado. En cualquier caso, el hecho de que se reciban en Cáritas la mayor parte de las ofertas y demandas de empleo en este sector —tanto las que proceden de particulares como las que vehiculan las parroquias— ha llevado a que durante el último ejercicio (2003–2004) se esté planteándose modificar las líneas de actuación y redefinir el campo de acción. Así es el caso de instituciones como **Norabide** (encargadas del servicio de Orientación Laboral de Cáritas en la provincia de Vizcaya): aunque su vocación sea la de desarrollar tareas de orientación laboral y de formación para la búsqueda de empleo para la población con difícil inserción laboral pero en situación regular, aunque hayan procurado siempre evitar convertirse en un servicio de colocación, el inusitado incremento de la clientela inmigrante en estos últimos años (73% de las demandas recibidas por Norabide Bilbao en 2.002) y el hecho de que, dentro de ellas, una buena parte proceda de personas que carecen de permiso de residencia o de trabajo (el 74%) ha obligado a desarrollar una política de adaptación a ese mercado irregular.

Así pues, siendo ésta del inmigrante en situación irregular la norma («Si viene uno que no es inmigrante y no busca trabajo en el servicio doméstico, lo celebramos» [Norabide Bilbao]), habiéndose estabilizado lo que hasta hace bien poco era excepcional, han tenido que comenzar a implementar planes de actuación dirigidos específicamente a este sector. Mientras los ponen en funcionamiento, desarrollan tareas de intermediación con algunas personas que buscan cuidadores para familiares ancianos impedidos. En esos casos, supervisan personalmente que el trabajo se desarrolle en condiciones de dignidad mínimas en lo salarial —las que se marcan desde la Asociación de Empleadas del

Hogar— y en lo humano/laboral. Aún y todo, son pocas las ocasiones en las que se encargan de esa labor de intermediación. En general, remiten a las parroquias.

El contacto directo con las cuidadoras inmigrantes Cáritas Diocesana lo tiene descentralizado en las **parroquias**. Son éstas las que realizan el primer contacto directo con los inmigrantes y con los potenciales usuarios de ese servicio y, una vez «filtrada» la solicitud («si es de confianza o si la conocemos de haber participado en cosas nuestras...») [Parroquia Corazón de María, Bilbao] las remiten a las Hermanas de María Inmaculada.

Las **Hermanas de María Inmaculada** parecen ser la agencia mediadora que registra un mayor flujo de inmigrantes en la CAPV en este sector: reciben demandas desde particulares, desde Cáritas y desde las parroquias; organizan un fichero de ofertas y de demandas de empleo; administran una bolsa de trabajo; imparten cursos de formación y reciben también las ofertas, que clasifican y vehiculan. Tienen, además, la experiencia de haber sido «las que siempre han organizado el servicio doméstico en Bilbao, antes con las inmigrantes españolas ahora con las latinoamericanas»; tan es así que el lenguaje popular las conoce como «las del servicio doméstico»; son «Las monjas. Las monjas de toda la vida se dedican a poner en contacto para el servicio doméstico. Antes cogían a la mujer de campo, a la chica... y ahora se dedican a las extranjeras» (SOS Racismo Guipúzcoa). Ponen en contacto a las partes («hacen de intermediarias entre las chicas y las ofertas de empleo [y se] encargan de casar su perfil con los puestos disponibles»⁶; supervisan el cumplimiento de los contratos, forman a las cuidadoras —sólo mujeres— (cocina, plancha, cuidado de ancianos, costura...); organizan incluso su tiempo de ocio. Trabajan fundamentalmente con inmigrantes irregulares latinoamericanas y no gestionan permisos de residencia. En Bilbao en 2002 gestionaron las solicitudes de empleo de 2.300 mujeres⁷.

Con menor alcance pero bien representativos del *modus operandi* tanto de la Iglesia como de las instituciones públicas son organismos como los **Centros de Cultura Popular**⁸, que, en el caso de Álava organizan, subvencionados por el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación alavesa, cursos de «Auxiliar de servicios sociales y de atención a la tercera edad» por mediación de los que contactan personas mayores dependientes y población inmigrante. De su gestión resulta particularmente llamativa la suerte de *doble contabilidad* —regulares e irregulares— con la que administran la bolsa de empleo que conducen, «doble contabilidad» indicativa del peculiar y paradójico carácter de este fenómeno (funcionando a través de dos redes, paralelas: formal/informal; visible/invisible...), indicativa también de la manera de afrontar su gestión por parte de los poderes públicos (delegando) y del modo en que parece afrontarlo la Iglesia (desdoblando su estructura y su modo de trabajar: unas redes al servicio del mercado formal y regular; otras al del que no lo está).

⁶ «2300 mujeres sin recursos encuentran cada día trabajo gracias a unas religiosas de Bilbao», *El Correo*, 7/XI/2003).

⁷ Menos sistemática —aunque interesante desde el punto de vista cualitativo— es la labor de las **Hermanas de la Caridad**. Aunque su trabajo es el de la formación escolar, su contacto con los padres de los niños inmigrantes que están bajo su tutela les ha llevado a hacer de mediadoras —informalmente, con una lectura propia de lo que podría denominarse «cultura de la beneficencia»— entre los inmigrantes y las «familias vitorianas».

⁸ Los «Centros de Cultura Popular y Promoción de Adultos» nacieron en 1959. Dependen de una Comisión Nacional y de comisiones diocesanas. Existen 143 Centros (Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Murcia, País Vasco). Funcionan en locales parroquiales, en centros culturales municipales y en asociaciones de vecinos.

2.2.9. Redes informales de mediadores

Junto a las redes vinculadas a la obra social de la Iglesia, la mayor parte de este sector probablemente pasa por las manos de redes más o menos informales de mediadores. No obstante, su alta invisibilidad desde todo punto de vista (legal, social, sociológico...) dificulta sobremanera su estudio.

Lo que muchos de los entrevistados nombran como las «redes naturales» de los inmigrantes se estructura y vehicula a través de los finos y capilares hilos de las redes familiares, del «boca a boca», de las relaciones intracomunitarias en barrios con fuertes marcas étnicas o nacionales (en Bilbao, Irala es el «barrio de los colombianos» o Deusto «de los ecuatorianos» [Parroquia Irala, Bilbao])... Gran importancia parecen cobrar también las redes económicas y comerciales vinculadas a la inmigración que puntean últimamente el paisaje urbano. En efecto, la amplia red de establecimientos sitios en los espacios urbanos donde la emigración se asienta (tiendas de alimentación, de ropa, locutorios, cafeterías...) son lugares sumamente importantes para el contacto, el trueque, el intercambio y la comunicación de posibles trabajos. Asimismo, parecen estar constituyéndose en paralelo a las asociaciones de emigrantes redes clave en el manejo de información y recursos, desde las que se distribuye la información sobre cursos de formación y ofertas de trabajo.

En todo caso, las «redes naturales», el «boca a boca»... administran este mercado y todo indica una cierta estabilización de estas redes de mediadores que, quizás no muy precisamente, hemos llamado informales⁹.

2.3. MAPA DE LAS REDES DE RELACIONES ENTRE CUIDADORES INMIGRANTES Y PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

En las dos figuras que se muestran a continuación se representan las redes de relaciones que se establecen entre cuidadores inmigrantes y los ancianos y sus familias. A efectos de ajustarnos a lo descrito en los epígrafes anteriores, hemos considerado que la composición de este mapa de relaciones sociales requería considerar dos realidades, de estructura parecida pero conformada por canales bien distintos, tanto que era necesario dar forma a dos representaciones gráficas:

- 1) una, el mapa de las relaciones que tienen lugar en condiciones de no regularización (Gráfico 1);
- 2) dos, el mapa de las relaciones que lo hacen en condiciones regularizadas (Gráfico 1).

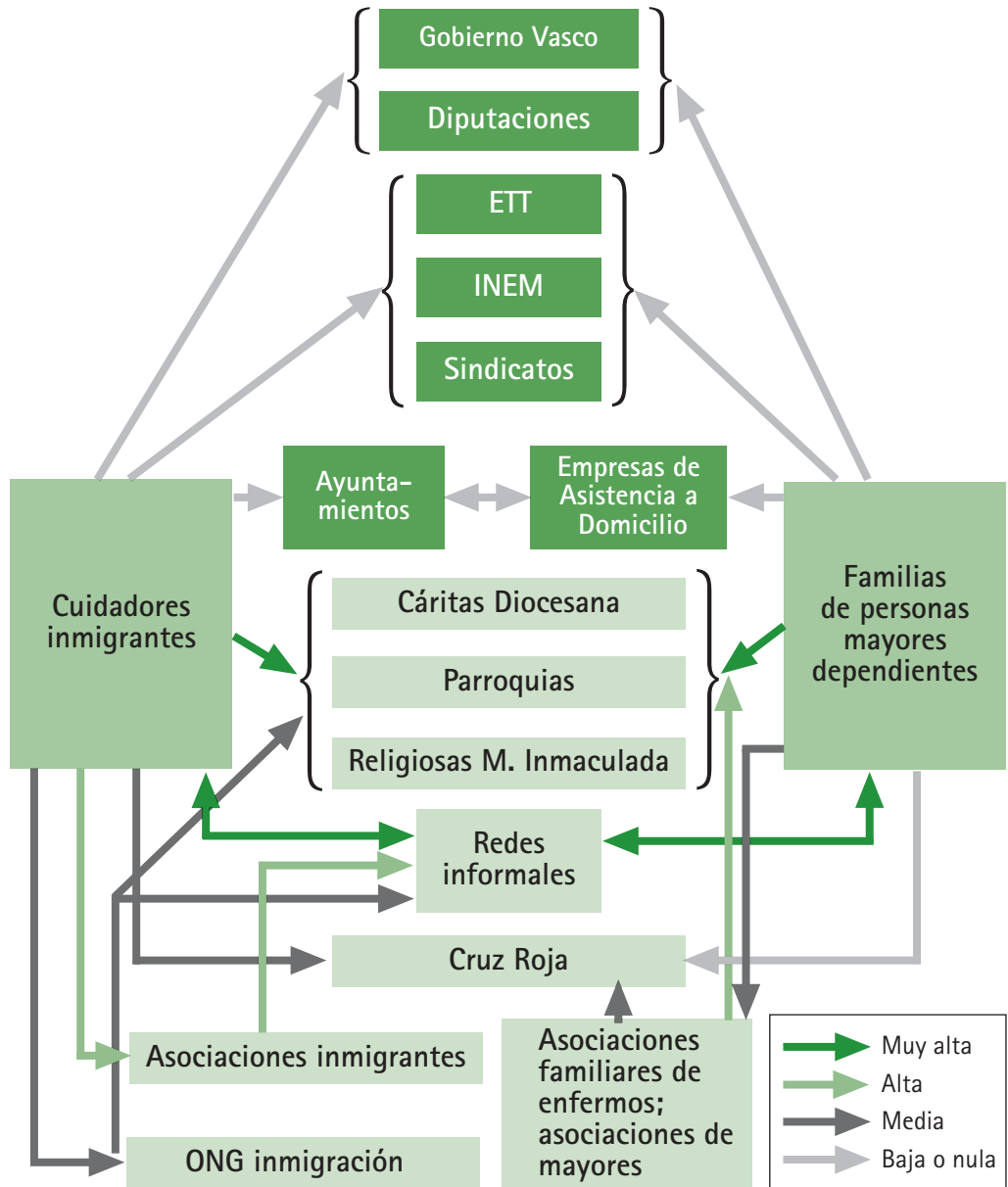
En ambos casos hemos procurado hacer visibles los canales más transitados por inmigrantes y familias de ancianos incapacitados¹⁰.

⁹ Pues es tal la formalización de este «mundo invisible» que empresas que prestan servicios de ayuda a domicilio han detectado la importancia de ese mercado y han hecho de él el soporte de muchas de sus campañas de captación de cuidadores, insertando sus anuncios en locutorios, en periódicos de anuncios cortos...

¹⁰ Hemos de agradecer a Santiago Pisonero, de DATLAN, haber elaborado un primer e importantísimo esbozo de los mapas que presentamos a continuación.

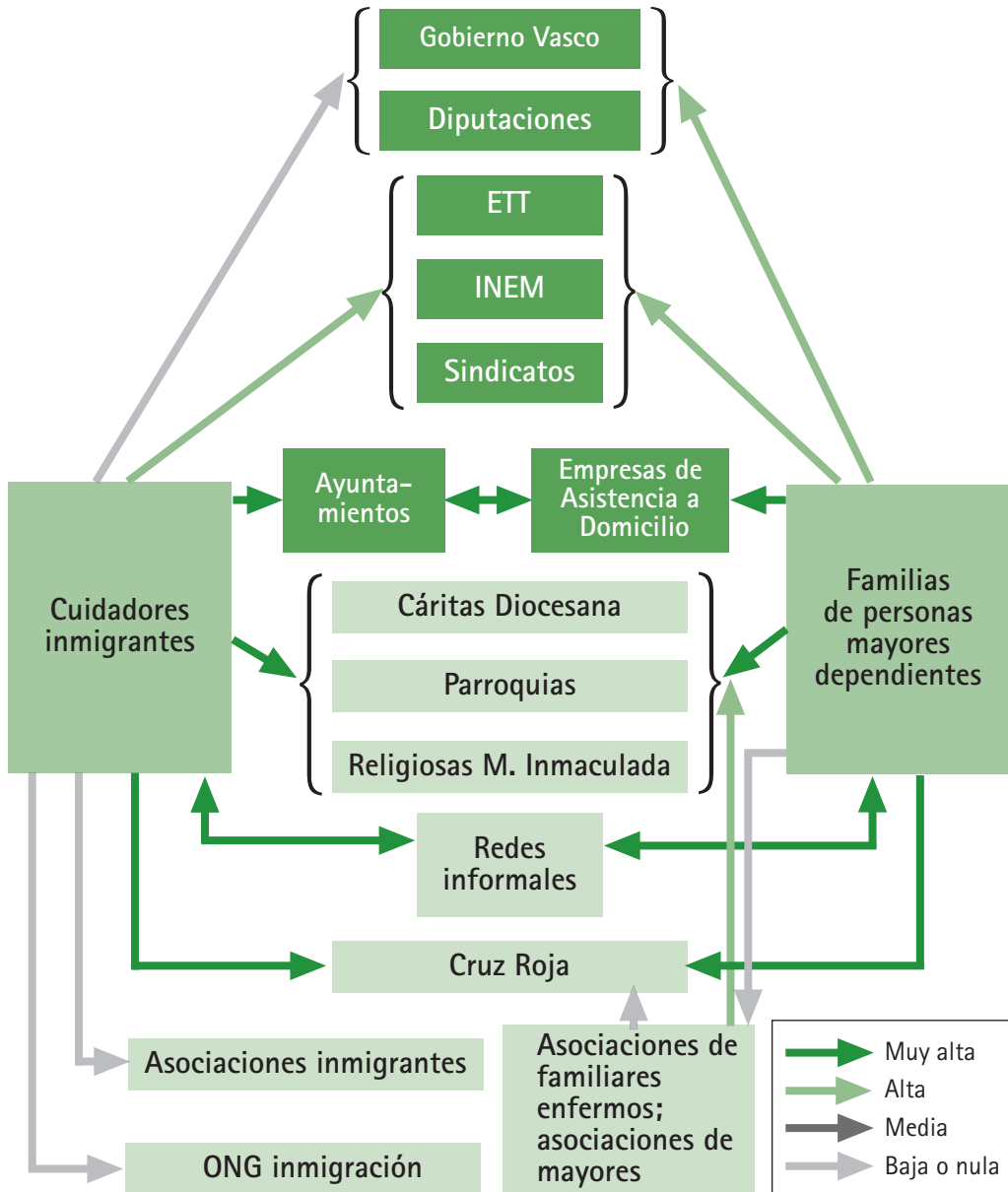
2.3.1. Mercado laboral no regularizado

REDES DE CONTACTO ENTRE CUIDADORES INMIGRANTES Y FAMILIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. CAPV Mercado laboral no regularizado



2.3.2. Mercado laboral regularizado

REDES DE CONTACTO ENTRE CUIDADORES INMIGRANTES Y FAMILIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. CAPV Mercado laboral regularizado



2.4. LISTADO DE ENTREVISTAS REALIZADAS

2.4.1. Álava

Organismos vinculados a la Administración pública	Instituto Foral de Bienestar Social Departamento Municipal de Intervención Social, Ayuntamiento de Vitoria Departamento Municipal de Tercera Edad. Ayuntamiento de Vitoria Departamento Municipal de Acción Comunitaria, Ayuntamiento de Vitoria Departamento de Bienestar Social, Gobierno Vasco
Empresas de intermediación laboral	ETT Alta Gestión Álava ETT Flexiplan
Empresas que prestan servicios de ayuda a domicilio	Guztiontzat Maiteder servicios sociales EULEN S.A. Arabako Laguntza S. Coop.
Organismos de carácter asistencial general	Fundación ADSIS, Asociación de Servicios Iniciativa Social Cruz Roja Programa Acceder Comisiones Obreras Unión General de Trabajadores
Organismos de carácter asistencial vinculados a la situación de la inmigración	SOS Racismo Álava Asociación Galilea Asociación Solidaridad Edruna, Solive Centro de Atención Integral de Personas Extranjeras
Asociaciones de inmigrantes	Asociación Afrovasca
Asociaciones de familiares de afectados	Asociación Provincial de Pensionistas, Jubilados y Viudas «Las cuatro torres» AFADES, Enfermos de Alzheimer Asociación para el cuidado y atención de enfermos y personas mayores Zaindu
Organismos de carácter asistencial vinculados a la Iglesia	Cáritas Diocesana Álava. Comisión Inmigrantes Cáritas Diocesana Álava. Trabajadoras Sociales de Base Cáritas Diocesana Álava. Comunicación Religiosas de María Inmaculada Centro de Cultura Popular

2.4.2. Guipúzcoa

Organismos vinculados a la Administración pública	Ayuntamiento de Donostia, Bienestar Social Ayuntamiento de Donostia, Desarrollo económico, empleo y comercio, programa de Formación y Empleo Auzolan Ayuntamiento de Donostia, Acción Social (Gizarte ekintza) Ayuntamiento de Irún, Intervención Comunitaria
Empresas de intermediación laboral	Sartu
Empresas que prestan servicios de ayuda a domicilio	Donostiako Lamiak asociación de Asistencia domiciliaria Zalako, Asociación de Asistencia Domiciliaria G 30 Asociación de Asistencia Domiciliaria Jazkilan S.L. Goiz Argi, Centro de Asistencia Domiciliaria
Organismos de carácter asistencial general	Comisiones Obreras Unión General de Trabajadores ADSIS, Asociación de servicios iniciativa social Teléfono de la Esperanza de Guipúzcoa Fundación Hurkoa Cruz Roja
Organismos de carácter asistencial vinculados a la situación de la inmigración	SOS Racismo Guipúzcoa Erroak Adiskidetuak
Asociaciones de familiares de afectados	AFAGI. Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Guipúzcoa Federación Coordinadora de Disminuidos Físicos de Guipúzcoa ASPERSO, Asociación Personas Solas
Organismos de carácter asistencial vinculados a la Iglesia	Cáritas Diocesana Guipúzcoa. Inmigración. Cáritas Diocesana Guipúzcoa. Intermediación. Hermanas de la Caridad San Vicente de Paúl

2.4.3. Vizcaya

Organismos vinculados a la Administración pública	Diputación Foral de Bizkaia. Departamento Acción Social Gobierno Vasco. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales
Empresas de intermediación laboral	INEM Vizcaya EUSTABE
Organismos de carácter asistencial general	Comisiones Obreras Unión General de Trabajadores Cruz Roja. Pausoka (Centro de Recursos para Persona Mayores)

Organismos de carácter asistencial vinculados a la situación de la inmigración	SOS Racismo Vizcaya Bilbo Etxezabal
Asociaciones de inmigrantes	Paccha Mama, Asociación de Ecuatorianos residentes en el País Vasco
Asociaciones de familiares de afectados	Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Vizcaya
Organismos de carácter asistencial vinculados a la Iglesia	Cáritas Diocesana Vizcaya. Atención inmigrantes Cáritas Diocesana Vizcaya. Norabide (Servicio de Orientación Laboral) Religiosas de María Inmaculada Parroquia del Barrio de Irala Parroquia Corazón de María (Barrio de San Francisco) Parroquia San Rafael (Barrio de Zabala)

3. LOS CUIDADORES: PROYECTO LABORAL Y MIGRATORIO

3.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

La ausencia de datos e información fidedigna sobre el número de inmigrantes residentes en la CAPV que se dedican a tareas de atención a personas mayores dependientes, nos ha obligado a diseñar una muestra estratégica de entrevistas a cuidadores que nos posibilita tener una idea de la diversidad de situaciones en las que estos trabajadores se encuentran. No se trata de tener una muestra representativa sino de aproximarnos a una realidad llena de peculiaridades difíciles de tomar en cuenta cuando no tenemos noción de su alcance. La muestra finalmente seleccionada ha tenido en cuenta algunos datos de inmigrantes que aparecen en el anuario estadístico de inmigración, de los permisos de residencia y de las altas de la Seguridad Social, así como de dos encuestas, una sobre discapacidades y otra sobre las características de los cuidadores.

Hemos resaltado trece tipos de características que nos interesaba controlar de alguna manera, por entender que esa diversidad enriquecería los resultados de las entrevistas: sexo, edad, antigüedad en España, nivel de formación, formación específica para el cuidado de personas mayores, estatuto legal, tipo de empleo, forma de acceso al empleo actual, tareas que se prestan, alta en la Seguridad Social, situación familiar, nacionalidad y trayectoria/movilidad. Las características de las personas entrevistadas pueden verse en la **Tabla 10**.

Las once mujeres entrevistadas suponen el 92% de la muestra mientras que los hombres suman el 8%. En general hay muchas más mujeres que hombres trabajando como cuidadoras de personas ancianas. La presencia del hombre destaca en aquellos casos en los que se necesita una cierta destreza física para mover o ayudar a la persona cuidada en sus desplazamientos; también hemos encontrado casos en los que un matrimonio es empleado por una misma familia.

Las edades de las personas entrevistadas como cuidadoras se extienden desde los 22 años de la más joven a los 58 de la más adulta, ella misma con algunos problemas físicos: el 16% (2) tienen menos de 30 años, el 58% (7) entre 30 y 50 años, y el 26% (3) más de 50 años de edad. La edad media de las personas entrevistadas es de 35 años.

Únicamente una persona entrevistada lleva en España más de siete años, llegó antes de 1997, el 50% llegó entre 1998 y el año 2000, y el 42% lleva menos de tres años. La estancia media de los entrevistados es de 45 meses (3 años y 9 meses).

El 84% de nuestra muestra tiene estudios secundarios o cualificados, con presencia de diplomadas y licenciadas. El otro 16% tiene estudios poco o nada cualificados. En cuanto al nivel medio de estudios es ligeramente superior al de los nacionales. Además, el 33% tiene alguna preparación específica para el cuidado de personas mayores (cuatro casos), mientras el 66% no ha accedido a este tipo de preparación.

TABLA 10

Criterios de selección y características de la muestra a cuidadores

		Total	Casos
SEXO	Mujeres	90%	11
	Hombres	10%	1
EDAD	30-50 años	58%	7
	Otros +50 y -30	42%	5
ANTIGÜEDAD EN ESPAÑA	Antes de 1997	8%	1
	1997-2000	50%	6
	2001-2003	42%	5
NIVEL DE FORMACIÓN	Est. generales cualificados	84%	10
	Poco cualificados	8%	1
	Otros	8%	1
FORMACIÓN ESPECÍFICA	Sin preparación	66%	8
	Con preparación	33%	4
ESTATUTO LEGAL	Con papeles	25%	3
	Sin papeles	58%	7
	Nacionalidad	8%	1
	En trámites	8%	1
TIPO DE EMPLEO	Serv. Doméstico	16%	2
	Ir. externos	42%	5
	Ir. internos	8%	1
	Ir. por horas	33%	4
¿CÓMO HAN ACCEDIDO?	Redes informales. Familiar	25%	3
	Redes informales. Amigo	33%	4
	Órdenes religiosas. Asoc.	33%	4
	Empresas	8%	1

TABLA 10 (continuación)

		Total	Casos
TAREAS QUE PRESTAN	Domésticas y poca ayuda	33%	4
	At. Personal: cocinar	25%	3
	Ayuda anciano	42%	5
SEGURIDAD SOCIAL	Sí	33%	4
	No	66	8
INSERCIÓN FAMILIAR	Con familia	42%	4
	Familia parcial aquí	25%	3
	Familia allí	33%	5
NACIONALIDAD	Latinoamericanos	100%	12
TRAYECTORIA O MOVILIDAD	Con	66%	8
	Sin	33%	4

La mayoría de los entrevistados se encuentra en una situación irregular, desde el punto de vista de las leyes de permanencia en España de aplicación a trabajadores inmigrantes. El 58% no tenía los papeles en regla para poder desempeñar la actividad laboral en la que estaba (siete casos), el 25% estaba en situación legal (3), una entrevistada estaba nacionalizada y otra en trámites de legalización de su situación.

En cuanto al tipo de empleo, al menos dos de las personas entrevistadas (16%) estaban dadas de alta en el Servicio Doméstico de la Seguridad Social, el 42% trabajaba como empleada externa, una como interna y el 33% por horas. El 58% (siete del total) estaba trabajando «sin papeles».

Las vías de acceso más frecuentes han sido los amigos (33% de los casos) y las órdenes religiosas (33%). Además han encontrado el trabajo actual a través de algún familiar tres cuidadoras (el 25%) y una lo consiguió a través de una empresa de trabajo. En ocho casos los cuidadores cuentan con experiencia anterior en el sector del servicio doméstico o del cuidado a personas mayores. Algunas entrevistadas han acumulado una larga serie de empleos lo que ha favorecido su permanencia en este ámbito de actividad, mientras que para el 33% su trabajo actual (cuatro personas) es la primera experiencia.

En cinco casos, de los doce entrevistados, su tarea consiste en ayudar a la persona mayor (42%), en cuatro casos las tareas fundamentales se centran en el apoyo en labores domésticas de la casa y en muy pequeña medida ayuda al mayor (33%), y en tres ocasiones los entrevistados manifestaron que su tarea era la atención personal al mayor, ayudándoles en la realización de las tareas básicas cotidianas. Como veremos más adelante, las situaciones que hemos podido analizar son más complejas. Esta complejidad incluye una cierta división del trabajo entre los inmigrantes entrevistados, los familiares y otros cuidadores inmigrantes o nativos, en función del tipo de dificultades de los mayores y del tipo de convivencia (en soledad o con otros miembros de la unidad familiar).

El 33% de los cuidadores cuentan con Seguridad Social mientras el otro 66% carece de ella. Algunos más, sin embargo, disponen de una tarjeta sanitaria que les permite acceder al Sistema Vasco de Salud-Osakidetza. También hay entrevistadas que manifiestan percibir diferentes ayudas de carácter

público (de ayuntamientos y del Gobierno Vasco) y privado, sobre todo, a través de los servicios que presta Cáritas en distintas parroquias de la Iglesia católica.

Aquellos que viven con su familia aquí, porque se vinieron con ella o –con más frecuencia– porque se han reagrupado posteriormente son el 42% de los entrevistados (5 casos), un 25% tiene su familia parcialmente aquí y 4 cuidadoras (33%) manifiestan que su familia todavía permanece en el lugar del que proceden. Las 12 personas entrevistadas son latinoamericanas: 7 ecuatorianas, 3 colombianas, 1 boliviana y 1 peruano.

3.2. FORMA DE CONTACTO CON LA PERSONA CUIDADA

Ya señalamos anteriormente que en la CAPV las redes mediante las que los inmigrantes buscan trabajo remitían a dos canales: el ámbito de los círculos de relaciones personales, fundamentalmente familiares y amigos, y la amplia red de asociaciones y lugares donde está presente la Iglesia católica: parroquias, Cáritas y algunas órdenes religiosas que se han especializado funcionalmente en la atención a las necesidades de las personas inmigrantes. Dado su escaso desarrollo, el mundo asociativo de los inmigrantes, en comparación con lo que sucede en otras comunidades con mayor tradición de recepción de inmigrantes, no parece desempeñar un rol relevante entre oferta de trabajo y demanda de empleo.

De los testimonios de los cuidadores se puede deducir que la vía más frecuente para acceder a los trabajos que se encontraban realizando en el momento de la entrevista fue la información facilitada por un amigo, relativo o familiar:

Mi esposa trabaja con la hija, entonces el padre se accidentó y necesitaban a una persona quien le ayude, entonces le dijo a mi esposa y justo yo había llegado de Perú. Le dijo ¿su esposo quiere trabajar en esto? Estos trabajos llegan por el boca a boca lo que yo conozco. EC1

Eso, con un contacto de un amigo. EC5

A ver, lo primero, yo fui por una amiga familiar que me ayudó a conseguir el trabajo, segundo porque tengo experiencia, tengo estudios sobre cuidado de ancianos, entonces pues... más que todo por mi familia. EC6

De amigos. EC8

Una amiga me lo recomendó. EC12

La red de locales que las parroquias prestan a Cáritas para el desarrollo de su tarea de ayuda y apoyo a las personas necesitadas es utilizada por los inmigrantes para intentar acceder a algún empleo. Los inmigrantes que llevan más tiempo informan a los que han llegado en fecha más reciente sobre la posibilidad de encontrar trabajo si acuden a Cáritas:

Por... más que todo por esta capilla, por una persona que conocí acá, y la dueña del piso, caminé, me apoyé mucho para conseguir esta... EC3

La señora para la que trabajo a la mañana es de Cáritas, ella me contrató y la otra señora de Caritas necesitaba justo para el horario que yo tengo.

- ¿Cómo se te ocurrió acudir a Caritas?

Por la gente con la que vivo en el piso. Había estado en otros (...) en San Ignacio, pero no en la del metro, si no hay otra iglesia por ahí cerca igual, y de ahí me mandaron a otro lugar pero no me gustó y después fui ahí y hablé con esta señora y le dije que estaba cansada de ver los problemas de Isabel Pantoja con el marido en la televisión, que a mí no me gustaba la televisión y que quería trabajar. Ella me dijo que... de mi casa y me contrató en su casa. EC4

Fue por intermedio de Cáritas. EC7

Cuando recién empecé a trabajar, por medio de una iglesia de Cáritas. EC9

Del mismo modo, aquellos que acuden a determinadas empresas de empleo son informados de su existencia por compañeros o amigos inmigrantes que se encuentran o se encontraron en la misma situación «como aquí todos nos decimos»:

Cuando recién llegué de Ecuador, este trabajo lo conseguí por medio de agencia de empleo, sí.

Bueno, como aquí todos nos decimos, pues las amigas me dieron el nombre de... Servinorte que es en Las Arenas. EC2

3.3. MOTIVOS POR LOS QUE DESARROLLAN ESTE TIPO DE ACTIVIDADES

La razón fundamental por la que los inmigrantes se encuentran realizando tareas de cuidado a personas mayores es la económica. Esta visión instrumental del trabajo emana de la condición de inmigrantes o, mejor dicho, de la condición de malestar económico que les ha impulsado a la emigración. Varios testimonios mencionan el dinero, lo económico, pagar deudas, la vivienda, vivir o «la vida que viene te exige tener dinero» como justificación de su estancia en este sector de actividad:

Es por compensación económica, no es estable sino hasta poder tener otro trabajo. EC1

Hombre por, ¿cómo te digo?, porque ya uno es una persona que ha llegado aquí, que es extranjero y de todo, pues entonces uno, los trabajitos que le resulten más o menos, uno sí puede, los coge.

- Si, los que, digamos los que...

Los que, los que salgan, las personas mayores, hombre si es ese principio, el primero que uno no tiene, hombre le tocó trabajar.

- ¿Pero, en principio, por motivos económicos o por... ?

¡Ay! Claro que sí, por motivos económicos. EC5

Antes había otros trabajos, pero me pareció mejor este. Por lo que también, como pagaban un poco más... elegí ese. EC7

Primero... por la vivienda, y porque normalmente cuando venimos, venimos todos endeudados, entonces es la mejor manera de ahorrar. No tienes que pagar vivienda ni alimentación. Entonces es la mejor manera de ahorrar hasta poder pagar las deudas que casi todos venimos haciendo. EC8

Por tener plan para pagar la vivienda, y vivir. La vida que viene te exige tener dinero, porque sino... EC10

En un par de casos aparece el deseo o gusto de trabajar con mayores o el «deber hacia los mayores» como motivación añadida a la puramente instrumental. Al menos para E6, ese gusto por trabajar con mayores se encuentra relacionado con su formación como enfermera con estudios de geriatría:

Primero económicos, ante todo, y segundo porque a mí me gusta mucho trabajar con ancianos. EC6

Creo, que todo va de la mano, el dinero, la economía, el tiempo y el deber a las personas mayores, pues que... son peor que un niño, indefensas, más que un niño. EC9

TABLA 11
Convivencia familiar y tareas de cuidado encomendadas

	EC1	EC2	EC3	EC4	EC5	EC6	EC7	EC8	EC9	EC10	EC11	EC12
TAREAS DESARROLLADAS												
1. Personas												
Aseo personal	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	***
Alimentar/dar comidas	*	*	*	*	*			*		***	*	*
Levantar/acostar	*			**	*			*	*	***	*	***
Ayuda para vestir	*	*			*			*	*	*	*	***
Atención continua					*		*	*	*		*	
Movilidad en casa	*	*		*	*	*	*	*	*	***		*
Movilidad calle	*					***		*	*	***		*
2. Acompañamiento												
Soledad/compañía/conversac.	*	*						*				*
Apoyo emocional			*									
Actividades/terapia	*											
3. Enfermedades												
Administrar medicinas	*	*	*	*	*	*	*	*	*		*	*
Atención sanitaria: curas							*	*				
Atención física	*				*					*		
Atención continua: dieta, aseo, compañía	*			**	*			*	*			***
4. Casa/Domicilio												
Limpieza casa	*	*	**	*	*	*	*	*	***	*	*	
Ropa: lavar, planchar				**	*	*	*	*	*	***	*	*
Comida		*	**	***	*	*	*	*	***	*	***	
Compra			**	***				*	***		***	
Cuidar niños					*							

TABLA 11 (continuación)

EC1 EC2 EC3 EC4 EC5 EC6 EC7 EC8 EC9 EC10 EC11 EC12

APOYO COMPLEMENTARIO

5. Otros cuidadores												
Internos/Externos por horas			* +2						*FS	*	*	
Fisioterapeuta			*									
Cuidados personales			*									
6. Otros recursos comp.												
Centros de día												
Residencias												
Atención domiciliaria												
7. Familiares												
Conviven con mayor en domic.	Hija			Hija	Hijos					Herm	O.P.	2 hijos
No conviven con mayor en dom.		*	*			*	*	*				

* Cuidador entrevistado ** Otro cuidador *** Familiar

3.4. CARACTERÍSTICAS DEL MAYOR QUE CUIDAN

Hay dos tipos de características que aparecen en las entrevistas. Un tipo se refiere a los problemas de salud que padecen y el otro a su carácter, su forma de ser, aunque en algunos casos este segundo tipo de características depende del primero, pues puede ser consecuencia de la falta de salud psíquica, por ejemplo.

Los problemas de salud más frecuentes tienen que ver con limitaciones para la movilidad, para desarrollar una vida cotidiana normalizada, tanto en casa como en la calle. Algunos testimonios señalan los problemas de la vejez excesiva y el impacto de enfermedades como el Alzheimer que limitan progresivamente el control mental de las acciones.

Sí, cuido a un anciano de 82 años. Y tiene dos fracturas una en la cadera y otra en el fémur, tiene problemas físicos. EC1

Claro. Me ha dicho que sí le aseaba y ¿salía a pasear con ella?

No porque cieguita.

- ¿Estaba cieguita?

Sí, cieguita y entonces, hombre abajo había un parque (...) y cuando le decía «Carmen, ¿te llevo? ¿te saco?» y ella «no, no, no» porque tropezaba y todo. Y no, de ahí no salía, de la cama a la sala, de la sala al comedor, del comedor a la sala y de la sala a dormir. EC5

Mira, ella... como no sé si tú sabrás lo que es el Alzheimer, hay días que está bien, o rachas están bien, o a rachas están mal. Pero la sobrellevo bastante bien, de hecho, le he cogido el «tranquillo», y la llevo bastante bien, me hace caso. Él, al estar un poco bien de la mente... definitivamente, no colabora, hay veces...: «¡que no!, que no me quiero duchar...», «que yo no me quiero cambiar, quiero bajar con esa ropa». Así, ese tipo de cosas, del resto... no, no tenemos problemas, porque lo saco, cuando hace bueno, casi todos los días. EC9

Ahorita, tengo una hora con una señora que también es una persona incapacitada, la voy a asear, todas las mañanas voy, la baño, la visto y la dejo desayunando. Porque son dos hermanas ya mayores.

- ¿Ahora mismo está cuidando a dos personas mayores?

Sí, ellas son dos hermanas mayores. Pero la una si se vale por sí misma, en cambio la otra, tiene... la columna desviada, entonces no tiene estabilidad. Y a esa yo la voy a bañar, la voy a asear y eso. EC10

Ambos pasaban 80 años, la señora estaba impedida, no tenía piernas, estaba en silla de ruedas. El señor bastante mayor, ambos con Alzheimer, y pues... eso, que más te puedo contar. EC11

En cuanto al carácter de las personas mayores nos hemos encontrado una gran diversidad de situaciones, desde personas alegres, educadas, llenas de bondad, hasta personas celosas, posesivas e incluso auténticos déspotas. En la valoración general también influye el trato con el resto de familiares, del que nos ocuparemos más adelante:

La relación con la familia del señor es fluida, conversamos siempre... hay confianza. El que no valora el trabajo es el señor, como es muy viejito... es un déspota, te grita, dice todo el rato «meduras» (palabrotas). Del señor, que ha sido médico pediatra nunca he escuchado «por favor» o «gracias». Nunca, nunca, ni una vez. Pero yo le entiendo porque es una persona mayor y anciana. Se le va la cabeza. No pasa nada... yo con él me siento a gusto... EC1

La señora es muy buena, muy comprensiva, encima estuve enferma de la gripe y no, me dijo que me mejore, que me recupere, que me tome unos días que (...) y que vaya cuando ya me encuentre bien. Muy consciente la señora... EC2

Variado. Hay de todo. Bueno normalmente a la edad ya mayor salen más las flaquezas. Sí, porque hay veces que se vuelven celosas, de mal carácter, posesivas... te quieren para ellas sólo. Pero también hay gente muy maja. La última con la que estuve, era una señora muy, muy maja.

- ¿Teníais una buena relación?

Sí, bueno... con todas. Si no aprendes a soportar a la gente y tienes que vivir años con ellas, te terminas amargando. Pero esta señora era... eso, en todo el sentido de la palabra, una señora. EC8

Bueno, tú sabes que con las personas mayores, algunas tienen un carácter que..., pero hay otras que no. Por ejemplo estas personas, ahorita, que estoy cuidándola, es muy buena persona, es muy alegre, muy dinámica la señora. A pesar de que ella esté enferma, ella busca la manera de hacerte sonreír. EC10

3.5. ACTIVIDADES DE CUIDADO QUE REALIZAN

Las actividades que desempeñan las personas que cuidan a mayores son muy diversas. Intentaremos ordenarlas en una pequeña tipología provisional. Lo importante es que para entender el funcionamiento de las actividades hay que tener también en cuenta el tipo de convivencia familiar y la posible

presencia de otros cuidadores, puesto que existe una división del trabajo entre familia/cuidador cuando hay una convivencia con familiares o entre varios cuidadores cuando los mayores viven solos. Un cuadro completo de la convivencia familiar y las tareas encomendadas a los cuidadores puede verse en la **Tabla 11**.

Un primer grupo de cuidadores entrevistados nos señalan que sus tareas consisten en acompañar, ayudar en el aseo, dar comidas, administrar medicinas y salir a la calle, incluso dar algún masaje:

Bueno, a la señora que voy a la mañana, voy una hora, y..., y a bañar a la hermana de la señora, la que está más delicada, que no tiene estabilidad. Ya la otra se vale por sí sola, esa anda de acá para allá con la hermana, pero la señora no tiene estabilidad, y hay que bañarla, vestirla porque ella sola no puede hacer eso. **EC10**

Pues era ya una abuelita [95 años] que tocaba bañarla, peinarla, pero, por ejemplo se sentaba, ella había tenido un accidente de cadera, y tocaba ayudarle un poquito en alto, no muchas cosas porque también se defendía sola (...) Sí, a ducharse. **EC6**

A esta edad y como tiene dos fracturas ya no, de todas maneras va a necesitar una persona que le dirija, va a necesitar permanentemente si, por su edad. Ya lleva el señor dos años.

Lleva seis meses que está empezando a caminar, estamos saliendo a la calle, caminamos dos cuadras y ya se encuentra mal, físicamente está mal. **EC1**

- Por ejemplo, si tiene dificultades para asearse, ¿necesita ayuda para asearse?

Sí, sí, si yo era la que le aseaba y de todo allí, le daba la medicina.

- La medicación también.

La medicación a la hora de las comidas, cuando iba a comer.

- ¿Tenía también dificultades para andar?

Para andar había que llevarle de la manita, todo, alisar el baño, el comedor, irle (llevarle) a la cama, todo.

- ¿Y controlaba los esfínteres o tenía pañal?

Pañal, me tocaba, me tocaba ponérselo después del baño, de hacerse... orinar o... yo se lo tenía que poner o quitárselo. **EC5**

Un segundo grupo estaría compuesto por aquellos cuidadores que además de realizar este tipo de tareas llevan a cabo las actividades de limpieza y cuidado de la casa, y también pequeños cuidados físicos como en los testimonios siguientes:

Yo le doy las medicinas. A la mañana, en la comida y en la noche; tres veces. Tengo todo apuntado. A veces, también tiene estreñimiento y tengo que darle pastillas. Una persona mayor es como una criatura... siempre con el estómago flojo.

Me enseñó un señor [a dar masajes], que es un tal Penas que trabaja en San Mamés. Él le está haciendo una rehabilitación al señor... le dio como seis meses y yo observaba qué es lo que le hacía al señor y yo le hago (al señor) la misma operación. **EC1**

Ahí estuve interna trabajando, bueno, la señora se valía por sí sola, pero para la noche, acompañarla, darle la cena, esa estaba más dura que la que cuido ahora.

La de aquí, la que estoy cuidando ahora, ella tiene 83... 87 años, pues pasa en el sillón, no da mucho trabajo, si no que hay que estar ahí con ella, conversarle.

Acompañarla, para que no se sienta sola, como la hija trabaja... yo cuando llego a las 11 allí, hago la limpieza y luego estoy con ella conversando, preguntándole cosas a ver, esta señora no sufre de Alzheimer, claro que ya no puede con su cuerpo pero...

No, sí, sí, hago la limpieza de toda la casa hasta que ella se despierte y asearla a ella, darle el desayuno y darle la comida. EC2

Sí, hago la limpieza, y le preparo... pues lo que come ella, ya más que todo, poca cosa.

- ¿También la ayudas a lavarse...?.

Sí, sí, sí. Y pasear, bueno... le cuesta, le cuesta...

- ¿Y también le puedes recordar el que tome una medicina?

Le doy la medicina.

- Esta mano que tienes tú para las personas mayores, ¿la has aprendido de algún sitio, la has aprendido en tu casa, te han enseñado, te sale tratar así a la persona mayor?

Siempre yo creo que... de pronto yo vengo de una familia muy pobre, entonces mi mamá siempre nos ha enseñado que... a que las personas por muy difíciles que sean, pues de pronto pueden... cambiar, y yo creo que sí porque mire.

- O sea, ¿que tu trabajo es más psicológico que otra cosa?.

Sí, yo creo que sí. Sí, de pronto, sí, ella se pone así «hay que no se qué» entonces, «María que esto». Me digo respira profundamente. Ella me sonrío y me dice «¿Por qué me dices eso? Si es que yo no soy una niña». Y yo le digo «no, princesa, yo no te estoy diciendo que eres una niña, si no que...» entonces.

... buscar, estuve cuidando a una persona mayor antes, eh, haciéndole... le hacía ejercicio, sí, en las piernas. EC3

Las personas cuidadoras que tienen que hacerlo todo, pues el grado de dependencia del mayor o mayores es muy elevado, constituirían un tercer tipo:

Yo tengo que hacer todo lo de la casa, el aseo... todo, tender la ropa... todo, todo lo de la casa, y luego atenderla a ella. EC7

Hacía de todo, excepto en alguna que me dejaban todo hecho, y yo tenía que atenderla exclusivamente a ella. Pero el resto de personas hacía todo, y casi todas han estado viviendo solas, o sea que... atenderles, hacer curas también. Curar heridas, de todo, hasta cosas de primeros auxilios. EC8

Mira, la señora tiene Alzheimer, él tiene demencia senil y tienen las piernas fastidiadas. ¿Cómo las ayudo? Bueno pues haciéndoles labores de casa, curándoles una herida que tiene muy grande, aseándolos...

- ¿Tienes que hacer curas también?

Sí, en la pierna derecha tiene una úlcera, más o menos de unos 15 centímetros, 15 por 15, una úlcera de la mala circulación, una ampolla que se le ha reventado, pues no quiere cicatrizar, lleva más de un año así.

- ¿También te dedicas a hacer las compras?

Sí, todo, todo. Me encargo de todo, de hacer las compras, las comidas, la ropa a la tarde la chica me ayuda un poco a planchar y eso, pero a la mañana yo me encargo de todo, de hacer la compra, la comida, de ducharlos, cambiar la ropa, lavar la ropa... de todo. EC9

Sí, sí. Todo había que hacerles, porque ellos se pasaban sentados, sacarles a pasear, se les llevaban al baño, todo. Ellos dependían de una persona, ellos solos no podían. (...) [Viven] solos. Bueno, había una persona que, por la noche les acompañaba. Yo por el día, entonces..., ellos vivían con una persona que les estaba constantemente ayudando. EC11

Un día normal en la vida de una cuidadora de mayores podría quedar reflejado perfectamente en este testimonio de una mujer ecuatoriana que lleva dos años en su empleo actual y cuatro en España:

Bueno pues, un día normal digamos. Se llega, se prepara, se saca un poco la comida, y a eso de las 11 se les levanta. Entonces se les asea y se les sienta. Se les lleva al baño cada vez que lo necesitan. Mientras que ellos están sentándose, una va haciendo las cosas de la casa, que limpieza, que camas, que esto, que lo otro. Pero siempre teniendo cuidado y las puertas cerradas, claro, porque el señor sobre todo, que él sí caminaba, y se solía escapar. Entonces la puerta la teníamos siempre cerrada, y mientras..., haciendo las cosas de casa hasta la hora de la comida. En la hora de la comida yo les sienta. En un principio comían por su propios medios, pero luego al final a ella se la daba de comer, porque tuvo una serie de trombosis, entonces perdió algunas facultades, sobre todo al mover la mano, no la controlaba. Luego de la comida, nuevamente, se les lleva un poquito al balcón, dependiendo del clima que hacía. Luego nuevamente sentarles a ver la televisión. Esa era la actividad que más..., en verano se les sacaba un poquito a la calle.

Cuando hacía mal tiempo, no [se les sacaba]. Era difícil. Llevarles a los dos, además alguna vez lo intentamos y..., a la señora no le gustaba salir, al señor sí, pero la señora no estuvo ni cinco minutos, con el arreglo de prepararles y todo, y enseguida tuvimos que regresar, porque quería irse. Optamos por no sacarla. Cuando ella falleció, entonces a él se le sacaba, normalmente, todos los días, cuando hacía bueno.

Él se movía bien. O sea, con ayuda se movía bien. En la calle había que tener más cuidado, porque claro, no conoce bien, y hay que levantarle el pie, pero se movía bien. Y luego se les acostaba. Eso era la rutina diaria. EC11

El cuidado de una persona inmigrante no siempre es suficiente, por lo que en ocasiones las familias se ven en la necesidad de recurrir a varios cuidadores o acompañantes que se vayan turnando a lo largo del día y de la noche, sobre todo en aquellos casos en los que las personas mayores necesitan de una atención continuada y permanente.

Normalmente, yo no le doy ningún tipo de cuidado extras a no ser la merienda y el caminar una hora en la cocina, caminamos media a una hora y media hora en la siguiente hora.

- ¿Nunca sale de casa?

No sale, ella ha tenido un infarto y le funciona solamente el 20% del corazón. Aparte de tiene artritis, tiene deformadas sus manos. Aparte de llevarla al baño dos veces en las cinco horas,

pasamos sentadas viendo televisión. Lo más duro si es el día sábado ahí sí, le tengo que dar los medicamentos de la noche...

- O sea, ¿el sábado te quedas a dormir?, ¿entras de tarde...?

El sábado me quedo a dormir. A las 4 y salgo a las 10 de la mañana del domingo. Y entonces hay que suministrarle la medicación con la cena, toma unas pastillas para la cena y unas para dormir.

A la mañana del domingo toma una para levantarse y algo así como cuatro pastillas más que me toca darle con el desayuno.

Bueno el aseo en la mañana del domingo, sólo de las partes íntimas, nada más y ahí lo que es baño y eso se encarga la persona que llega a las 9 de la noche de lunes a viernes hasta las 10 de la mañana del día siguiente.

- ¡Ah! ¿tiene una persona de noche?

Sí.

- ¿Sois tres no?

Una hay de 10 de la mañana a 4 de la tarde, yo de 4 a 9 y la otra de 9 de la noche a 10 de la mañana del día siguiente, esa ya es española. La otra chica también es inmigrante... EC4

En ciertos casos las tareas se reparten entre los cuidadores y aquellos familiares que conviven con el mayor. Habitualmente, son las hijas/hijos o algún familiar próximo (hermana) los que solicitan el apoyo de un cuidador inmigrante para las tareas que ellos no pueden realizar personalmente o para la atención en los momentos en que se ausentan por motivos profesionales. Así nos lo cuenta una de las cuidadoras entrevistadas que cuida durante unas horas a un anciano que sufre de depresiones y angustia:

Sí, tiene... o sea, hace unos dos años la hija me dijo que le ha dado la trombosis, claro, está un poco... la cabeza casi más o menos la tiene bien y tiene un pulmón que le funciona, el otro no, camina muy despacio, casi depende de uno ya

- Habla o tiene dificultades para...

No, habla, habla. Actualmente habla bien, sino que a veces, la depresión y la angustia, que quiere morirse, quiere lanzarse por la ventana, por eso dijo la hija que tenía que, de ley, coger una persona, porque ella se iba y el hermano a la tarde, entonces hacer las horas que no están ellos ahí. (...)

Come ella, come ella sola, yo le sirvo en la mesa, le doy la medicina que tiene que tomar y la cambio, la llevo al baño, o sea, ducharle nada de eso porque la hija le deja bañada, luego algunas cosas que hay que hacer en la casa, por ejemplo, la cocina, limpieza, plancha, lo que sea que hay que hacer en la casa, lo que alcance el tiempo. Y la saco a caminar siquiera una media hora, depende lo que quiere, porque hay momentos que no quiere. La depresión y la angustia que se pone a llorar... que no quiere ni comer, que no quiere vivir así, que se quiere morir y que quiere un médico para que le dé algo para que se muera. EC12

3.6. LA FORMACIÓN EN CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO DEL MAYOR DEPENDIENTE

La formación que los cuidadores de personas mayores entrevistados tienen no es una cualificación específica (Tabla 12). En muy pocos casos los cuidadores poseen una formación previa para el trabajo que realizan. Como manifiesta E6 es necesario tener conocimientos previos:

Es que, a ver, las personas mayores, en sí, presentan muchos problemas por estado de salud, y tienen que planear manejar medicamentos, y los medicamentos no todas las personas saben manejarlos, dicen «dar una pastilla» es jala!, pero tienen que saber como darla. El trato, cualquier persona... ya ancianitos cambia mucho la... tanto su temperamento como los gustos, hay que saber llevarlos demasiado, entonces, hay personas que tienen o la paciencia o no la tienen, entonces, yo creo, que todo eso tiene que basarse en algo, tener al menos conocimiento antes. EC6

Pero no es la norma. Únicamente dos de las entrevistadas tenían formación como enfermeras o en cuestiones de gerontología (EC6 y EC12):

- Me has dicho que tú eres auxiliar, ¿en qué consiste en Ecuador?

En Ecuador, por ejemplo, se encarga de levantar los pacientes, prepararlos para la cirugía, este... mmm... ponerles la medicación en ciertos casos, cuando la enfermera o el médico no tiene tiempo, entonces uno le pone la medicación de la hora, los sueros, las inyecciones, el medicamento, o sea, todo lo que esté al alcance del paciente. Y toma todo los signos vitales, bañarlos, levantarlos, las camas, preparación de material médico, quirúrgico, esterilización, todas esas. EC12

Algunas personas entrevistadas declaran abiertamente que no poseen formación, aunque se muestran abiertas a adquirirla o aprender, «nadie nació aprendido»:

Pues no, no he recibido pero entonces, usted sabe, en un dicho: «nadie nació aprendido» entonces, hombre, desde que uno quiere y puede, aprenderá, por su mismo, propio de uno. EC5

TABLA 12

Cualificación profesional, experiencia laboral y motivación de los cuidadores

	País de origen	Cualificación		Experiencia laboral		Motivación
		País de origen	Aquí	País de origen	Aquí	
EC1	Perú	Hostelería	No	Hostelería. 2 años con mayores	No	Dinero, hasta encontrar algo mejor
EC2	Ecuador	Secundarios	No	Comercio	Atención personas mayores	Provisional
EC3	Colombia	Secundarios	No	Comercio Propio/Taxi		

TABLA 12 (Continuación)

	País de origen	Cualificación		Experiencia laboral		Motivación
		País de origen	Aquí	País de origen	Aquí	
EC4	Ecuador		No		No	Parte más bonita es el final de mes
EC5	Colombia	Sin estudios	No	Comercio propio	Servicio doméstico	Por motivos económicos
EC6	Colombia	Enfermería/ Gerontología	No	Enfermería	Servicio doméstico/ Cuidado ancianos	Economía + trabajar con ancianos
EC7	Bolivia	Bachiller	No	Negocio propio	Servicio doméstico/ Cuidado niños	Pagaban mejor
EC8	Ecuador	C.O.U.	F.P.II Conf. Indust.	Representante de ventas		Vivienda + pagar deudas + ahorrar
EC9	Ecuador	Secundarios	No	Comercio	Atención a niños y ancianos. 2 años	Dinero. Deber hacia los mayores
EC10	Ecuador	Graduada corte y confec.	Experiencia trabajo	Modista	Hostelería/ Cuidado enfermos	Dinero. Vivir
EC11	Ecuador	Licenciada en Químicas	Experiencia trabajo	Profesora y química	Cuidado de mayores	Dinero. Ingresos económicos
EC12	Ecuador	Auxiliar de enfermería	No	Enfermería/ Negocio propio	Cuidado de mayores/Servicio doméstico	Ingresos económicos para volver y montar negocio y comprar vivienda

En casi todos los cuidadores entrevistados encontramos personas con experiencia laboral previa. Personas que han aprendido «el oficio» mediante la práctica. En dos de las entrevistadas su primera experiencia fue con sus propios familiares, su madre y una tía:

Porque cuidé a mi madre varios años, estaba con Alzheimer. En Ecuador no es como... meter a las personas mayores en residencias. De hecho hace años, no había ni residencias. Entonces cada hijo tenía que cuidar a su madre, o a sus abuelos. Con ella aprendí. (...)

Sí, de atención..., un curso que me parece que lo promocionó el Gobierno Vasco, creo, de atención a la discapacidad, incluía a todo tipo de discapacitados, entre ellos las personas mayores.

EC8

Formación, que digamos así, no. Pero estuve un tiempo..., yo me crié con una tía, estuvo hospitalizada fuera de la ciudad. Nosotros vivíamos aquí en Bilbao, y digamos a tres horas de aquí, estaba el hospital, entonces yo me fui. Era la que más tiempo podía, entonces estuve cuidándola. Eso es la experiencia que podría haber dicho que tenía. Porque estuvo mal, se cayó, se quebró, ya sabes las personas mayores, con los huesos y todo eso, entonces tuvo ese problema, entonces durante el tiempo que estuvo, estuvo seis meses, estuve con ella. **EC11**

La experiencia posibilita situaciones en las que se produce una socialización de los cuidadores en la atención a personas mayores dependientes mediante la transmisión de conocimiento experto por parte de familiares, de personal técnico sanitario o de familiares médicos como se puede leer en los siguientes testimonios:

Pues no, no, no. A mí, su hijo, que es médico, me ha indicado, me ha dicho qué tipo de medicamento les ponga, qué tipo de guantes hay y todo lo necesario para una curación. No, antes no. **EC9**

Bueno, yo he aprendido porque, con la persona que yo he estado trabajando primeramente, ella tenía osteoporosis en la vértebra, entonces la señora tenía enfermeras en los lados de ella. Cuando yo fui a trabajar, estuvieron ocho días enseñándome, cómo tenía que moverla, cómo tenía que tratarla..., todo. Entonces yo ahí he aprendido. **EC10**

Lo más frecuente es encontrarse con cuidadores que ya poseen una amplia experiencia en la atención a personas mayores, bien porque cuando llegaron a España ya contaban con conocimientos previos, adquiridos en Perú y Ecuador, bien porque la trayectoria laboral seguida aquí les ha ido capacitando profesionalmente para este tipo de atención:

En Perú estuve trabajando en un restaurante durante quince años (desde chico) y después, durante dos, atendí a persona mayores.

Para hacer mejor mi trabajo querría saber cuánto azúcar lleva en la sangre, saber tomar la temperatura... **EC1**

Sí. Como yo cuidaba también allá [Ecuador], me ha gustado, sí. Por eso cogí este trabajo en el que ahora estoy cuidando a la señora. **EC2**

Fueron varias personas mayores, lo que pasa es que se han muerto. Una de ellas, empezaba con Alzheimer, y había que levantarla de la cama, darla la comida, ducharla primero. Sobre todo lo que yo tenía que lograr con ella era... hacer que camine, sacarla a pasear, porque costaba un montón, no le gustaba moverse del sofá, y comer, que tampoco le gustaba. Eso con una de las personas, esa persona ya murió. Luego, fui a trabajar con otra persona que le ayudaba en las labores de la casa, tenía un hijo con síndrome de Down, y bueno yo la ayudaba a ella en las labores de la casa y un poco con el hijo. Luego fui a trabajar con otra persona mayor... esa también está muerta. Con otra persona que le amputaron una pierna, y entonces iba en silla de ruedas, y bueno a ella la tenía que hacer todo. Absolutamente todo. **EC8**

Porque yo, anteriormente, estaba trabajando interna, trabajé año y medio interna, cuidando una pareja de personas mayores que tenían trombosis, hacia la mitad del cuerpo no tenían movimiento, tanto la señora como el señor; había que hacerlo todo, la casa, en la noche, en el día, levantarse día y noche, inclusive los festivos también trabajaba. O sea, trabajaba de domingo a domingo y... y... bueno ahí trabajaba también una española que iba a cocinar. Tuve muchos problemas con ella, entonces... preferí mejor salir porque ya chocaba con la familia, muchos problemas por una cosa... entonces mejor dije... no, mejor cambiar de trabajo. Y más que todo también como los señores se iban a vivir en Madrid ya con el hijo, entonces de una vez, anticipadamente veo un trabajo antes de que salga y eso. **EC12**

3.7. LAS RELACIONES CON LA FAMILIA DEL MAYOR

Las relaciones entre el cuidador y la familia del mayor comienza con la contratación (Tabla 13). En la mayoría de las situaciones de nuestros entrevistados son las hijas las encargadas de contratar sus servicios, 66%. La familia próxima también ha sido la encargada en un par de ocasiones. En un caso, una anciana sin familia, su cuidadora fue contratada por aquellas personas que ella crió como empleada. Las mujeres se encargan de la contratación y el seguimiento en mayor medida que los hombres. Desde el punto de vista de la situación en que las cuidadoras se encuentran al comenzar el trabajo actual no se ha producido cambio alguno: quien tenía papeles y estaba dado de alta en la Seguridad Social continúa en la misma situación, quien no los tenía sigue sin ellos. Todas las cuidadoras que tienen papeles llevan en España al menos cuatro años.

La mayoría de las personas cuidadoras entrevistadas se muestran satisfechas de la relación con los familiares de los mayores que cuidan. La relación es «fluida», «hay confianza», «me tratan bien», «con ese cariño y como familia», como en los casos de los entrevistados EC1 y EC5.

La relación con la familia del señor es fluida, conversamos siempre... hay confianza. El que no valora el trabajo es el señor, como es muy viejito... es un déspota, te grita, dice todo el rato «mesuras» (palabrotas). Del señor, que ha sido médico pediatra nunca he escuchado «por favor» o «gracias». Nunca, nunca, ni una vez. Pero yo le entiendo porque es una persona mayor y anciana. Se le va la cabeza. No pasa nada... yo con él me siento a gusto. EC1

¡Ay! Me tratan muy bien, sí, con ese cariño y como familia. EC5

La delegación de buena parte de la responsabilidad en el cuidador por parte de los familiares también es frecuente, sobre todo en los casos en los que las personas mayores viven solas y los familiares en otro domicilio, aunque se ejerce una supervisión y monitorización constante (casi diaria) de la situación general:

- Con la familia, con quien más has tenido relación, ¿es con su hija?

Con su hija y con su hijo, porque sólo tiene estos dos hijos.

- ¿Los ves con frecuencia?

Los fines de semana. Él va todos los fines de semana a verla a ella.

- ¿Siguen bastante... te recomiendan los cuidados, la higiene personal?

No, porque soy yo la que paro pendiente de ella y... y ya ellos se... EC7

Sí, trato profesional, porque venían a visitar, y son las personas que prácticamente tutelaban a las personas mayores, algunas de ellas que ya no se ven mucho en posibilidad de tomar decisiones, y entonces el trato con ellas de... decirles cómo están o qué necesitan. EC8

Sí, con los dos hijos, porque tiene una hija, luego, que está en Barcelona, igual ella viene cada mes, igual nos vemos, casi a diario hablamos por teléfono, pero con los hijos igual, sí. EC9

Algunas situaciones de enfermedad, pérdida de salud o deterioro general de los mayores repercuten en la condición anímica de los familiares más próximos. Sobre todo para los que conviven diariamente con sus mayores se producen situaciones de cansancio, estrés, «desesperación», agotamiento, etc.,

TABLA 13

Situación del cuidador, vía de acceso y características de la contratación

País de origen	Edad	Tiempo en España	Vía de acceso	Tiempo empleo	Horas trabajo	Trabajos anteriores	OFERTA		DEMANDA		
							Situación del mayor	Quié(n) contrata	Papeles inicio	Documentación actual	
EC-1	Perú	50	19	Esposa	19	40	No	Problemas físicos	Hija	No	No
EC-2	Ecuador	22	48	Agencia empleo	6	35	Sí, con pers. mayores	Vejez	Hija	Sí, con SS.SS.	Sí, con SS.SS.
EC-3	Colombia	32	24	Amigos e Iglesia	5	108,5	Camarera	Vejez	Amigos de ella	No	No
EC-4	Ecuador	4	4	Cáritas	4	48	No	Artritis. Compañía	Hija	No	No
EC-5	Colombia	49	36	Amigo	4	20	Serv. Dom.	Ciega	Hija	No	No
EC-6	Colombia	29	48	Familiar	24	40	Serv. Dom.	Accidente de cadera	Yerno	No	No
EC-7	Bolivia	31	36	Cáritas	12	47	Serv. Dom.	Vejez (95 años)	Hija	No	No. Ayuda Ayuntamiento
EC-8	Ecuador	38	156	Amigos		Completo	Mayores Ejemplar			Sí	Sí
EC-9	Ecuador	48	48	Iglesia	2	40	Mayores	Pareja: Ella, Alzheimer Él, demencial senil	Hijo	Sí	Renta básica Sí, contrato SS.SS.
EC-10	Ecuador	58	48	Orden Rel	8	5	Ancianos. Int.	Columna desviada	Hermana	Sí con SS.SS.	Sí. Ayudas públicas
EC-11	Ecuador	42	48	Familiar	24		Sí, varios	Mujer silla de ruedas Ambos con Alzheimer	Familia		
EC-12	Ecuador	39	24	Amiga	1	20	Sí, varios	Trombosis. Depresiones	Hija	No	No

* Las cifras de tiempo están en meses (tiempo de estancia y tiempo de permanencia en el empleo actual).

que requieren una cierta atención. La presencia de una cuidadora ayuda a compartir y hacer aflorar momentos de fuerte emotividad en busca de un mínimo apoyo afectivo, que actúen como desahogo o válvula de escape del proceso de acumulación cotidiana de tensiones. Se produce así una terapia de apoyo emocional a los familiares por parte de los cuidadores, como leemos en este testimonio:

[La familia se desespera] Ya... no quiere que nadie le diga nada, pero cuando no está con la depresión, está tranquila, entonces no con la gente tranquila, no sé, ya las personas son así, son como los niños, como con los niños hay que tener mucha paciencia, paciencia, tranquilidad, serenarlas, porque tomarles a pecho lo que ellas son no depende de ellas. No sé, yo digo así, ¿no?

Y lo digo así porque no es culpa. A veces dice la hija yo no sé qué hacer, yo ya me voy a desesperar, le digo, hay que tomar con tranquilidad porque las personas son así, son como niños pequeños, le digo, se vuelven así, a veces la hija también se pone con desesperación. EC12

3.8. ¿CÓMO SE SIENTE REALIZANDO LA ACTIVIDAD DE CUIDADOR DE MAYORES?

Los comentarios recogidos sobre los sentimientos que despierta el cuidado a personas mayores son prácticamente unánimes: «me gusta», «me encanta ayudarles», «a uno le agrada», «me gusta mucho el trato con personas mayores», «todavía no me han tocado cosas que me den desánimo», «estoy contenta», «me quieren mucho y yo también les he tomado cariño», «las personas mayores siempre tienen su anécdota, te conversan, te hacen reír», «me gusta mucho». Estos son algunos de los comentarios que de forma espontánea aparecen a lo largo de las entrevistas.

Me gustaría un trabajo cuidando a personas mayores... porque me encanta cuidar a personas mayores, me encanta ayudarles. Me encanta conversarles y trato de hacerles reír. EC1

[El trabajo está bien, pero sin pasión] Sí, como te digo... claro, como hay unos ancianos que son de una manera para cuidar, otro de otra manera, todos no son lo mismo, claro otros son... sí, sí, peores, otros mejores, porque están más aliviados, que pueden pasear, que pueden caminar, otros hay que asearlos y todo, bueno, todavía no me ha tocado cosas como que aún no me dan como desánimo, no, si no por ahora, hombre, los ancianitos y asearlos y todo, hombre a uno le agrada, le agrada (...) y ayudarles mucho, mucho, a lo que más puede. Sí. EC5

A mí me gustaba, quizá más que atender a niños. Que también lo he hecho, pero me gusta mucho el trato con personas mayores. EC8

Hombre... por una parte estoy contenta, porque dentro de todo lo que cabe, pues... me quieren mucho, yo también les he tomado cariño, pero... es muy duro como personas, que estén solas, así, porque nosotros no estamos acostumbrados en nuestro país a dejar a nuestras familias, a nuestros padres con otra persona, tú ves eso y te duele. Por un lado y por otro lado, pues... a mí me duele bastante, porque, de ver a la señora, más que todo, cuando quiere hacer algo, y tiene una impotencia de hacer las cosas, no sabe, porque igual ella... coge su misma suciedad con las manos..., no se entera. Todo eso, verlo es duro, pero dentro de lo que cabe, bien. EC9

[Positivo] Sí, yo prefiero eso. Y te encuentras con personas que puedes conversar. Tú sabes que las personas mayores, siempre tienen su anécdota, que te conversan, te hacen reír..., alguna cosa hay. En cambio ahí estas «dale, dale, dale...». EC10

Me gusta mucho porque hace años trabajé en hospital, soy auxiliar de enfermería. Trabajé en el Hospital Oncológico de Quito, en Soca, trabajé más o menos unos doce años. EC12

3.9. CONDICIONES DE TRABAJO Y GRADO DE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN

Si las personas mayores, en general, suscitan comentarios positivos por parte de sus cuidadoras, no sucede lo mismo cuando se les pregunta por sus condiciones de trabajo. Todas las insuficiencias y todas las discriminaciones se dan cita en este sector de actividad. A ello contribuye, sin duda, la falta de regulación jurídica de los límites de las relaciones entre empleador y empleado del servicio doméstico, con áreas sujetas a interpretaciones subjetivas que rozan la arbitrariedad y el abuso. Así, no es infrecuente encontrar testimonios que dejan entrever abiertamente insatisfacción por las condiciones generales del trabajo y el deseo de cambiar:

Actualmente, sí [estoy satisfecha]. Sí, sí, porque me gusta más. Me gusta cuidar a mayores más que todo. EC12

Yo creo que sí, cambiaría ya, porque estas muy pendiente, en el trabajo, son muchas horas. EC7

Yo estoy más a gusto porque (...) me han dicho «prefiero yo cuidar niños que personas mayores» pero... no, se me gusta, prefiero cuidar personas mayores que niños, no sé, me gusta... prefiero cuidar personas mayores. De momento, ¿has pensado alguna vez en cambiar a algún otro tipo de trabajo? ¿con el tiempo o...?

Sí, con el tiempo sí, porque como ahora ya tengo papeles, pues... si habría posibilidades pues de trabajar en empresa o así. EC2

Las protestas más frecuentes en cuanto a las condiciones de trabajo se refieren a la baja o escasa remuneración, sobre todo en comparación con otras personas que desarrollan su actividad en el mismo sector, el excesivo número de horas de trabajo y la ausencia de días de descanso semanal (Tabla 14).

Ahorita, en general, estoy satisfecho con el trabajo... aunque si económicamente me aprecian un poquito más yo me quedaría (en este trabajo) porque yo he venido acá, a este país a ganarme la vida, y me pago un piso y tengo una hija... y este dinero no alcanza. Yo he visto que otras personas hacen lo mismo que yo pero ganan un poco más, aunque trabajan de corrido de 8 de la mañana 9 de la noche. Son paisanos (peruanos, aunque también llamaría paisano a un ecuatoriano) que ganan 150.000 pesetas, pero como yo trabajo 7 horas me pagan 100.000 pesetas. Aunque no busco otro trabajo porque con este horario puedo buscar a mi hija al colegio. EC1

Trabajo 365 días al año, y yo pediría trabajar de lunes a viernes, descansar dos días. Yo trabajo los siete días... menos en Navidad. Trabajo 40 horas porque sábados y domingos trabajo sólo

TABLA 14

Situación familiar, condiciones laborales de contratación y satisfacción del cuidador

	Sexo	Edad	Pais de origen	Modalidad	Regularidad	Otros trabajos	Desea cambiar	Ingresos	Remesas	Deudas	Reagrupación	Vuelta a su país
EC-1	Hombre	50	Perú	Externo/40 horas	Sin papeles	No	Sí	600	300 s/p.	Sí	Esposa e hijos aquí, 2 hijos en Perú	No prob+ M 19 a
EC-2	Mujer	22	Ecuador	Externa/35 horas	Con papeles		Sí	540			Sin familia aquí	
EC-3	Mujer	32	Colombia	Externa/108,5 horas	Sin papeles	No		600	Sí		Sí, aquí. 2 hijos y resto familia allí	
EC-4	Mujer		Ecuador	Externa/48 horas	Sin papeles	Sí, limpia otra	Sí	600	Sí		2 hijas allí, no desea traerlas aquí	Sí
EC-5	Mujer	49	Colombia	Externa/20 horas	Sin papeles	No		420	30	No	Esposo y 3 hijos aquí	Sólo de visita
EC-6	Mujer	29	Colombia	Externa/40 horas	Sin papeles			210	Sí	Sí	Sí puede, si, aquí 1 hermana/hija allí	No
EC-7	Mujer	31	Bolivia	Externa/47 horas	Sin, trámites	Marido sí	Sí	452	Sí	No	Marido y 2 niños aquí	No
EC-8	Mujer	38	Ecuador	Interna	Nacionalizada	No	Sí	540	Sí	No	Hermana, sobrinos aquí. Resto allí	
EC-9	Mujer		Ecuador	Externa/40 horas	Contrato y S.S.			600	50/mes	No	Hijos/sobrinos aquí	
EC-10	Mujer	58	Ecuador	Externa	Contrato y S.S.	Sí, varios por horas		400	50/cada 2 meses	No	Marido, hijo, hermana y sobrino aquí	Sólo de visita
EC-11	Mujer	42	Ecuador	Externa/12 horas día	Sin papeles			480	Sí	No	Marido e hijos aquí	No
EC-12	Mujer	39	Ecuador	Externa/4 horas día	Sin papeles	Sí, fines semana	Sí	300	Sí	No	No. 2 hijos allí	Sí

medio día. (...) De todas formas no tengo a quien dejar el señor, porque el señor necesita a una persona que le ayude. Y como sus hijos viven aparte de él... EC1

Esa es la parte mas difícil que tiene, su forma de ser... el carácter, no sabes, algunas veces está... que te juro que parece mi abuelita, una persona muy amable, que te dan ganas de decirle, «¡que Dios te bendiga, o sea, cuídense! Que la levantas con gusto y con placer. Pero hay otras, que me dan ganas de decirle: ¡Uy! ¡Se calló!

- ¿Las otras chicas que la tienen, tienen problemas también con ella?

La de la mañana. A quien adora es a la española, que es la de la noche.

- Pero... tú crees que... hay algo de... ¿que tiene reticencias por ser de fuera?

Ella es argentina, casada con un español. Es una persona que para él es muy importante, no se fija en ese tipo de cosas. Yo pienso que... que es por la edad. Es una persona muy mayor. Nunca nos ha dicho la edad que tiene.

- Claro es que esta la señora que está de noche.

Pero yo tengo la impresión de que, milagros no existen... si no tiene más, porque aquí envejecen... debe tener unos 60... EC4

Las condiciones de trabajo repercuten en el grado de satisfacción de los cuidadores. Veamos algunas de sus características. El ingreso más frecuente para una cuidadora externa que trabaja a tiempo completo, 8 horas diarias, cuarenta horas semanales o más, es de 600 euros. En todo caso, los salarios declarados por los cuidadores van desde los 420 euros por una jornada de 20 horas a la semana hasta los 600 euros ya mencionados. Dos cuidadoras en situación regular con papeles perciben 540 euros.

No es infrecuente encontrar cuidadoras que además de esta actividad desarrollan otros trabajos por horas, simultaneando dos o más, en ocasiones durante los fines de semana o por las noches. Si exceptuamos las cuidadoras que están trabajando unas pocas horas al día, la jornada laboral media de una cuidadora externa supera las 40 horas.

Estas condiciones de trabajo, entre las que es frecuente encontrar largas jornadas de trabajo, falta de regulación y bajos salarios, son importantes a la hora de responder afirmativamente al deseo de cambio de trabajo, preferentemente en otro sector de actividad.

Dos personas entrevistadas nos han narrado situaciones de discriminación, racismo o maltrato verbal. De una ya presentamos su testimonio cuando hablamos de las características de los mayores; la otra se refiere a la relación entre dos cuidadoras una española y la otra inmigrante:

Mmm... bueno, a veces, sí. A veces, no, pero como uno se tiene la idea, por ejemplo, de decir ya me voy al extranjero a trabajar y lo que piensas es en trabajar y hacer el dinero y regresar, entonces, a uno no le importa a veces el entrar en trabajar. Decir aunque sea, limpieza de casa, o sea, no desempeñar el trabajo que una hacía antes. Pero hay momentos cuando, a veces, entre compañerismo le pone indiferentes hay personas que son muy racistas, que a uno le tratan de humillar, así, entonces ahí hay que uno se siente mal, pero cuando ven la gente esa amable no le tratan a uno mal.

- Tú no has vivido nunca una situación de esas...

Con una sí trabajé, con la compañera esta que era española.

- Aquella que me dijiste con problemas.

Con ella sí viví mucho tiempo y muy racista... hay que decirlo. EC12

Para evaluar con una cierta corrección las condiciones de trabajo y el grado de satisfacción de los cuidadores es necesario tener en cuenta algunas características de la oferta, de la situación de los inmigrantes, de cómo han llegado aquí y para qué están aquí. Alguna de las entrevistadas nos recuerda que las razones de su emigración han sido, ante todo, económicas:

Sí, sí. Y, bueno, yo me quise ya cambiar, porque tuve, tengo dos niños y tuve muchos problemas en mi hogar, en mi casa, entonces, tuve que salirme del trabajo. Me puse un negocio, ¿eh?, en el pueblo... de modo que, gracias a Dios, no me quejo, sí me fue bien. Pero, después, con esto del gobierno, del IVA que subían, que bajaban y la gente empezó a salir, y casi el negocio se iba a la quiebra. Los pedidos que no se hacían, subían el IVA y ya cuando se hacían bastantes pedidos, bajaba el IVA de nuevo, no querían devolver el porcentaje, pues mejor...y justo una amiga, también que vive en Quito, se vino acá, dice: «Pues vente acá, que tú qué vas a hacer». Una allá se hace, por ejemplo... EC12

A estas razones habría que añadir el objetivo fundamental de esta inmigrante, que posiblemente coincida con el de muchos miles de compatriotas que han llegado en los últimos años:

La mayor parte de las compañeras sólo tenemos la idea de hacernos con un piso, tener un capital para un negocio, donde uno ya se pueda digamos subsistir allá, ¿no? Entonces, la mayor parte por ejemplo, tienen que emigrar, mi amiga que me ayudó, ella ya estuvo cuatro años aquí, ella se aseguró capital para un negocio, se puso su local y ya se está vendiendo en Quito mismo. Entonces ya volver, entonces yo, la mayor parte de nosotras, es decir, bueno, compramos un piso o una casa, como se llama allá, cogemos un capital, nos ponemos el negocio y suficiente. Y así, teniendo casa ya no pagas renta, teniendo el local en la misma casa tampoco se paga renta. Y un capital pa' poner el negocio de donde se saca para el diario, ¿para qué más? EC12

Como indica este último testimonio, amigos, familiares o conocidos dan el primer apoyo cuando el inmigrante llega, e incluso es, en parte, responsable de la decisión de abandonar el país para emigrar. Los primeros momentos suelen estar llenos de dificultades, y de empleos que se van encadenando:

Mi amiga decía: «Mira, lo que tú vas a hacer por ejemplo, comprarte un piso, aquí no se hace un cuatro años en España viniendo acá se puede hacer en dos». Trabajamos bastante. Allá, se hace más pronto. Sí se cobra acá, pero en más años, pues eso, dije mira pues vente ya estoy acá.

Y te ayudo, dice... te ayudo a encontrar el trabajo. Me decidí, vendí el negocio, lo demás quedé al cuidado en casa de mis padres y me decidí y viajé. Llegué aquí mi amiga, ella me ayudó, para qué decir, a irme al piso, un piso alquilado y entramos a o sea, después ya buscamos trabajo porque ella trabajaba interna. Nos indicó los lugares que a una le ayudan a encontrar trabajo. Y así mismo andamos una agencia, la agencia igual nos colocaba un... pero después, entré a trabajar con niños, que así los niños, como los niños de nuestro país son muy diferentes, casi

no, no congeniaban los niños. Después me cambiaron veinte días y ahí fue que encontré un trabajo, así para persona mayor, la misma señora donde trabajaba con los niños me dijo: «Como tú dices que tú vas a salir porque tengo una amiga para que le cuides la madre, que está enferma». Le dije: «Bueno». Y ella misma me lo consiguió. Y entonces empecé a trabajar ahí, o sea, pero eran solamente tres horas en semana y fin de semana y después la pasábamos. Trabajé unos cinco o seis meses, le pusieron en la residencia a la señora y de ahí vuelta y tuve que pasar al... Pero ahora he encontrado, en siete días encontré del otro trabajo interna año y medio, y ahí me quedé. EC12

Una de las dificultades más señaladas por los cuidadores entrevistados es la lejanía de la familia, la separación de los cónyuges, de los hijos, de los parientes más cercanos, que añade sufrimiento a la situación del inmigrante, pero que ayuda a explicar que se soporten situaciones de abuso o, incluso, llegue a compensar, en el sentido de aceptar desde una lógica de racionalidad instrumental, determinadas insatisfacciones con las condiciones de trabajo. Así se expresa EC12:

[La separación familiar es muy difícil] Siquiera a mis hijos porque los extraño mucho, claro, a mis padres también, todo, pero lo que más quiero es estar con mis hijos, lo principal estar con ellos, siquiera unos cinco o seis años, hacerme un capital y regresar a Ecuador, pero con ellos aquí porque a mí se me hace largo ya estar sin ellos, sin verlos y sin poderlos ir a ver.

- Y si ellos vinieran... ¿Te plantearías el quedarte?

Sí, pero eso digo. Si es que yo hago algún trabajo más o menos.

- Con papeles, regular.

Sí, sí, para qué decir. Sí, porque yo como digamos con ellos es otra cosa, no es lo mismo, uno se hace pero sufre bastante sin verlos ahí. O sea, no es lo mismo hablar por teléfono, unas fotos y todo eso que estar personalmente. EC12

3.10. LAS EXPECTATIVAS DE FUTURO. LA REGULARIZACIÓN Y EL RETORNO

Los inmigrantes han llegado buscando una nueva oportunidad vital de la que carecían en sus países de origen. Son conscientes de que han venido para trabajar y poder optar a una existencia digna. Pero el mayor problema con el que se encuentran es la carencia de permiso de trabajo. La legislación en vigor no ayuda a resolver sus dificultades si no que las acrecienta, confinando a muchos trabajadores en el mercado irregular, en condiciones de precariedad que les empuja a aceptar empleos que de otra forma rechazarían.

Yo vine acá para trabajar en un restaurante brasero, pero en mis documentos decía «reagrupante» y decía «no autorizado para trabajar» (trabaja sin contrato). EC1

La parte más bonita... sinceramente, es fin de mes. Es la verdad. Todo el esfuerzo, todo lo que he aguantado, todas las humillaciones... y todo lo limpiado..., llega fin de mes y no más.

- ¿Tienes pensado quedarte largo aquí?, en cuanto al trabajo..., esperas en un futuro poder dejar este trabajo y coger otra cosa...

Si yo regularizara mis papeles, me encantaría trabajar en otro sitio, sí. Bueno... vamos... que el otro día me puse enfrente de una computadora y... lo que yo antes escribía 100 palabras por minuto, y... ahora menos de la mitad, y parece increíble pero es una pena extrema, es venir aquí y con decirte que hasta que escribiera, se me olvidaba, y esas son cosas que uno piensa...

Pero... por ejemplo en el primer trabajo que yo estuve, todo el mundo decía que me explotaban, ganaba muy poco. EC4

No, me dijeron que tenía que empezar a estudiar de cero, para poder compulsarlos. Y lo más gracioso es que me presenté en el Hospital de Basurto a unas convocatorias que hubieron, y me dijeron que sí, que me podía presentar, y me presenté, me presenté a todos los exámenes, teórico, práctico y psicológico, los pasé, me sentaron a la dirección del hospital cuando salieron las notas y me dijeron que qué estudios tenía (...) les dejé todo lo que yo he estudiado, me dice «es que tu facultad...» (...) «no, tu facultad es casi como un médico» y le dije «es que las labores que yo realizaba en Colombia eran paramédico», aquí paramédico no existe, pero en Colombia el paramédico es el segundo del «medico», yo hago todo el trabajo del médico pero él lo es, y entonces le expliqué qué era un paramédico y entonces me dicen «es que las enfermeras aquí no tienen los conocimientos que tú tienes», y yo dije «claro», y entonces me dicen «pero es que, lamentablemente, no te podemos aceptar porque primero son los españoles que los extranjeros y tus papeles no están en regla, entonces...», le dije yo «pero si ustedes me dan el trabajo inmediatamente me salen los papeles y puedo entrar». EC6

A ver, mis papeles, hace cuatro años los metí, apenas me dieron una respuesta, pero la respuesta que me dieron, una la aceptaron y otro lo negaron porque fue un error burocrático, entonces hasta que no me resuelvan eso porque está en apelación y no... no tengo una respuesta. EC6

Sí, o sea, el problema es que porque no tengo papeles, no puedo en mi oficio trabajar como en Ecuador, el problema de los papeles... Porque gente de otro país no sé tienen los papeles, y eso pues, hasta que tenga papeles, después, pero no sé, a veces uno se pone una meta, después otra meta, no sé. Yo empecé al principio, decía unos tres años o cuatro ya de aquí me regresaba, ya pero viendo que no uno alcanza a cumplir la meta, necesita más años y mi decisión por ejemplo ahora, actualmente es traer a mis niños, pero...

- Tienes dos niños pequeños...

No, tienen siete y el otro once años. Entonces yo hablé pues con... me mandaron una trabajadora social los abogados de los extranjeros y el abogado este me dijo que tenía que tener papeles, pero con la segunda tarjeta para poder traer a los niños. Con la primera no se puede, con la primera sólo puedo ir a realizar mi trabajo

- Tienes que renovarla, ¿no?

Sí, pero no tengo ni la primera porque igual, donde trabajaba no me renovaron todavía los papeles y no sé, como yo me cambié... Dijo este abogado que tengo que buscar una oferta de trabajo que sea interna, porque si es que se es interna a uno no le mandan al país de uno, pero si es que se es externa le pueden mandar a firmar y es que posiblemente no puedas regresar, ese puesto lo puede cubrir una persona aquí. EC12

Sin embargo, como ya señalamos en el apartado en el que a través de informantes estratégicos intentamos mapear las vías de contacto y las redes de acceso al empleo por parte de los inmigrantes, la

existencia de una estructura dual, regular e irregular, no implica que actúen como mundos completamente separados. Al contrario, estas estructuras se interfieren y, en numerosas ocasiones, la experiencia previa adquirida de forma irregular se convierte en estructura de plausibilidad para dar el salto a la regularización. Desde el punto de vista práctico, varias posibilidades se abren ante esta situación: *a)* mejorar la formación de las personas que se encuentran desarrollando su actividad en el cuidado a personas mayores en el mercado irregular para dotarles de mayor capacitación; *b)* regular las condiciones de trabajo mínimas y razonables para evitar, en parte, las situaciones de abuso y explotación; *c)* intentar vías para que formación y regulación conduzcan a la emergencia de un sector necesario para el mantenimiento de un servicio que el Estado de bienestar no se encuentra en condiciones de proporcionar a unos ciudadanos que, sin embargo, necesitan de dichos recursos.

Es esta una situación que aunque invisible durante algún tiempo va adquiriendo mayor visibilidad. Es, al mismo tiempo, una oportunidad de resolver varios problemas que se dan cita aquí: inmigrantes sin permiso de trabajo, insuficiente capacitación profesional, ayuda a las necesidades de las familias en relación con el cuidado de los mayores e insuficiencia de recursos de las Administraciones públicas para abordar una demanda social en expansión.

Un factor fundamental para entender la perspectiva de futuro de los inmigrantes tiene que ver con su situación familiar. Si exceptuamos el caso del cuidador peruano, que tiene toda su familia aquí, esposa e hijos, todas las demás personas entrevistadas envían periódicamente dinero a su país. Únicamente dos cuidadores manifiestan tener deudas pendientes en su país de origen. Siete de las cuidadoras entrevistadas tienen su familia más próxima aquí, mientras que cinco la tienen allí. En este grupo, el deseo de reagrupamiento aquí es muy fuerte; dependiendo de la situación económica y laboral manifiestan su intención de una próxima reagrupación aquí, sobre todo, en el caso de las mujeres con hijos. También ha sorprendido a estos investigadores que salvo en un caso, una mujer ecuatoriana con dos hijos en Ecuador que declara no desear traerlos aquí y volver en el futuro inmediato a su país, todas las demás personas entrevistadas desean no volver, salvo de visita, y quedarse definitivamente en España.

3.11. ACTITUDES HACIA EL MAYOR

La mayor parte de los testimonios de los entrevistados resaltan la relación afectiva que el trato diario e íntimo que se establece con la persona a cuidar termina construyéndose entre ambos. A algunos les recuerda a sus mayores, «atiendo al señor siempre pensando en mis padres», «me he familiarizado mucho con la persona que estoy cuidando», «es mi cari», «también la he cogido cariño a ella». En general tienden a predominar actitudes positivas, de familiaridad, relación mediada afectivamente, actitud protectora hacia alguien vulnerable:

Yo atiendo al señor siempre pensando en mis padres, mi padre tiene 85 años y mi mama tiene 88 años, yo soy católico y pienso que el señor podría ser mi padre. EC1

No pienso dejar mi trabajo, es una, la persona que yo estoy cuidando, más que todo, me he familiarizado mucho con ella, es mi «cari», al principio era muy gruñona, pero después ya la enseñé a que, a que había que hacer las cosas con cariño, había que dar mucho. (...)

No, no, no, no, ya la edad, la edad está muy avanzada en la edad y... uno trata con todo... y me da mucho miedo (llega un fraile con comida para ella, ella dice «gracias») me da mucho miedo de que de pronto, de que se me caiga, de que se me lastime, porque ya me ha cogido mucho cariño y yo también a ella y entonces no me gustaría que le pasara nada malo. EC3

Come arroz con huevo todos los sábados. Y es argentina... aunque ella te hable como española, es argentina.

Son los mayores cumplidores como inmigrantes. Y eso ya lo hemos comentado antes; recibes mejor trato con la gente de aquí, que de tu propia gente. EC4

Han pasado buenas masajistas, porque a ella le hacen falta. Así que han pasado, ya te digo, «una cola» de tantas chicas, que... no ha estado a gusto ella. Yo soy la única, y a mí me da pena, porque también la he cogido cariño a ella y... EC7

En un par de ocasiones también se hace notar el trato diferente hacia los mayores entre España y el país de origen del cuidador que, por extensión, podríamos generalizar al continente sudamericano. Parece existir una diferencia cultural significativa entre el lugar que ocupan los mayores en países como Colombia, Ecuador, Perú o Bolivia, y el lugar que les reservamos en España.

4. LAS FAMILIAS: LA TRAYECTORIA DE LA DEPENDENCIA

4.1. PRESENTACIÓN

El presente apartado sistematiza la información obtenida en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) a través de entrevistas directas a informantes escogidos por su condición de familiares de ancianos dependientes bajo el cuidado de población inmigrante. Con arreglo a las claves de análisis diseñadas para la realización de esta investigación, se han realizado un total de doce entrevistas a estos informantes¹¹.

4.1.1. El trabajo de campo

Aunque esta fase de la investigación se realizara con técnicas de tipo cualitativo (entrevistas en profundidad semidirigidas) y que, por lo tanto, no fuese el de la adecuación estadística un criterio a seguir, sí hemos procurado seleccionar situaciones que mantuviesen unos mínimos de representatividad estructural, esto es, que representasen fielmente los tipos de agentes implicados en este fenómeno y que representasen, asimismo, los tipos de relaciones sociales que lo caracterizan. En razón, de ello, la selección de las doce situaciones de entrevista realizadas ha procurado atender a las consideraciones que siguen:

¹¹ Las entrevistas han sido realizadas entre octubre y noviembre de 2003 por miembros del equipo del CEIC (Gabriel Gatti, Silvia Rodríguez Maeso, Benjamín Tejerina) y del equipo Datlan (Santiago Pisonero).

- 1) En cuanto al anciano en situación de dependencia, el criterio atendido ha sido el *grado de dependencia* del paciente. En relación con él, hemos hecho especial hincapié en aquellas situaciones de mayor gravedad por cuanto que consideramos que éstas reflejarían mejor y con más intensidad que otras menos agudas la profundidad del fenómeno.
- 2) En cuanto a la familia del anciano en situación de dependencia:
 - a) El *estatus de la familia* del anciano dependiente, con una representación mayor de las entrevistas a familias de clase media y de clase media alta. No obstante, dado que es creciente el recurso al cuidado por parte de inmigrantes en capas menos favorecidas de la población de la CAPV y el hecho probable de que éstas no hubiesen accedido a este recurso —el de los cuidadores a domicilio— de no ser inmigrantes quienes lo ofreciesen, hemos entendido que la novedad de esta situación justificaba efectuar varias entrevistas a familias de este sector de la población.
 - b) El *ámbito de referencia* en el que se desarrollase el cuidado, considerando que, aunque estadísticamente dominen las situaciones de cuidado que se desenvuelven en zonas urbanas, una de las peculiaridades de la CAPV (cf. «Las redes de intermediación entre cuidadores inmigrantes y personas mayores dependientes») es la creciente importancia de este fenómeno en zonas rurales.
 - c) La *forma de convivencia del anciano dependiente* es otro de los elementos a considerar, pues es —lo veremos— radicalmente distinta la experiencia del cuidado en aquellas situaciones en las que el paciente convive con su familia que en aquellas en las que vive sólo con el cuidador.
- 3) En cuanto a la inmigrante cuidadora:
 - a) El *tipo de relación contractual con el cuidador*, es decir, su condición de «interna» o de «externa» al domicilio del anciano dependiente fue uno de los criterios de representatividad a los que nos procuramos ajustar dado lo determinante de este hecho en la intensidad y el tipo de relaciones que se establece entre unos —los cuidadores inmigrantes— y otros —los ancianos y sus familias—.
 - b) En el mismo sentido, la *situación legal* del cuidador ha sido otro de los criterios —el sexto— a los que hemos buscado ajustarnos en la selección de situaciones de entrevistas, de manera de cubrir todas las situaciones posibles en el mercado.
 - c) Por último, el criterio de la *nacionalidad de la cuidadora*, en donde están sobrerrepresentadas las mujeres latinoamericanas —lo que probablemente no desenchaje de los datos que indiquen las estadísticas—.

La tabla que sigue recoge estos criterios de selección y cuáles de las doce realizadas son las entrevistas que se ajustan a cada uno de ellos:

TABLA 15

Criterios de selección de las entrevistas a familiares (EF)

Grado de dependencia	Leve	EF1, EF6*, EF7*, EF12
	Moderada	EF4, EF5*, EF8, EF9
	Grave	EF2, EF3, EF5*, EF6*, EF7*, EF10, EF11
Estatus familiar	Alto	EF9
	Medio-alto	EF1, EF2, EF4, EF5, EF7, EF8, EF12
	Medio-bajo	EF3, EF6, EF10, EF11
Zona de residencia	Rural	EF5, EF6
	Urbano	EF1, EF2, EF3, EF4, EF7, EF8, EF9, EF10, EF11, EF12
Forma de convivencia del anciano dependiente	Con familiares	EF2, EF6, EF10, EF11, EF12
	Solo	EF1, EF3, EF4, EF5, EF7, EF8, EF9
Tipo de relación contractual con el cuidador	Interna	EF3, EF4, EF6, EF7, EF9, EF11
	Externa	EF1, EF2, EF5, EF8, EF10, EF12
Situación legal del cuidador	Regularizado	EF3, EF4, EF5, EF6, EF9, EF10, EF11, EF12
	Irregular	EF1, EF2, EF7, EF8
Nacionalidad del cuidador	América Latina	EF1, EF2, EF3, EF4, EF5, EF6, EF7, EF8, EF9, EF10, EF11
	Asia, África, Europa	EF12

* Caso de parejas de ancianos ambos dependientes. Se considera por separado a los dos cónyuges

4.1.2. Claves de análisis: las etapas de la «trayectoria de la dependencia» y la transformación del espacio-tiempo cotidiano

Aunque no es necesario insistir mucho en afirmar la heterogeneidad de la realidad de la dependencia, nunca está de más recordar que es éste un fenómeno dinámico, cambiante y variable. Por eso, sería un error de análisis considerar todas las realidades de estudio en un solo bloque y obviar lo que probablemente hace la peculiaridad de este proceso, al menos desde el punto de vista del análisis sociológico —si no ya también del médico—: es un proceso degenerativo.

Este proceso arranca probablemente a partir del momento, verdaderamente instituyente, en el que el familiar comienza a ser nombrado como «anciano». A partir de ahí pasa a ser representado como *dependiente* y un cierto *imaginario de la reestructuración de la vida cotidiana* —reestructuración del espacio, reestructuración del tiempo, reestructuración de la relación con el familiar...— pasa al primer plano, rigiendo la manera a través de la que los familiares piensan y analizan la situación. A ese imaginario se enfrentan el anciano dependiente, la familia que va a contratar a la inmigrante y la inmigrante que va a trabajar como cuidadora.

Pero ese imaginario no es, ciertamente, ni monolítico ni definitivo sino gradual y dinámico; tiene una trayectoria —la *trayectoria de la dependencia*— y lo preside una cierta lógica, no siempre explícita, que tiene varias fases: en el origen, el *descubrimiento de la dependencia*, etapa marcada por la *previsión* de la posibilidad de cambios y que se puede traducir en un primer contacto con servicios —variados, lo veremos— de cuidado. A esa etapa sigue otra de *transición* en la que la dependencia se agrava y que requiere de *reestructuraciones más importantes* en la vida del anciano y de su familia, así como de modalidades más intensas —aunque aún transitorias— de contacto con los servicios de cuidado por parte de inmigrantes. Finalmente, la tercera etapa es la de la *dependencia* propiamente dicha. En ella, la familia constata ya la *radical alteración de la cotidianidad* —de la propia y de la del anciano—, lo que determina que, a partir de ahí, las relaciones con el cuidador se intensifiquen, así como lo hacen las responsabilidades que asume éste.

Analizaremos el material obtenido en las entrevistas realizadas en la CAPV con arreglo a los objetivos que se enuncian en el epígrafe siguiente pero observados bajo el prisma de estas tres fases de la trayectoria de la dependencia (Tabla 16). Aunque no en detalle, atenderemos a la manera en la que cada una de estas fases se gestiona en función de otra coordenada, no ya temporal sino espacial: la determinada por la distancia que separa la residencia del anciano dependiente de la de sus familiares.

TABLA 16

Cuadro general de análisis

		Evolución de la dependencia del anciano → +		
		ETAPA 1: PREVISIÓN Descubrimiento de la dependencia ACOMPANIAMIENTO DEPENDENCIA LEVE	ETAPA 2: TRANSICIÓN Dependencia en evolución SUPERVISIÓN PARCIAL DEPEND. MODERADA	ETAPA 3: DEPENDENCIA Dependencia extrema SUPERVISIÓN INTEGRAL DEPENDENCIA GRAVE
Distancia física respecto del anciano dependiente ↓ +	CERCA Domicilio familiar	EF12		EF2 EF11
	CERCA/LEJOS Misma localidad, otro domicilio	EF1 EF7*	EF4 EF8 EF9	EF3 EF7* EF10
	LEJOS Pueblo de origen; residencia	EF6*	EF5*	EF5* EF6*

* Caso de parejas de ancianos ambos dependientes. Se considera por separado a los dos cónyuges

4.1.3. Claves de análisis y objetivos

Procuraremos dar cuenta de cómo las familias entrevistadas viven la experiencia de la relación con el anciano dependiente, con el inmigrante cuidador y con ambas instancias en cada una de estas tres fases de la trayectoria de la dependencia. Para ello, atenderemos en lo que viene a las siguientes claves de análisis: las (1) *características* de la persona mayor cuidada, características que estructuran cada realidad familiar y cuyo conocimiento, mejor dicho, el conocimiento de la forma en la que los familiares las imaginan, nos permitirá situar cada una de las situaciones de entrevista en la etapa —de «previsión», de «transición», de «dependencia»— que le corresponda. En función de ello, daremos seguidamente cuenta de (2) las *motivaciones* a las que los familiares acuden para justificar el acceso a los servicios de cuidado por parte de trabajadoras inmigrantes y, en estrecha relación con esto último, de (3) las *redes* —y el grado de cercanía y confianza con el que las representan— de las que se han valido para contactar con los inmigrantes. Las etapas de la trayectoria de la dependencia serán también las determinantes del cuarto y del quinto de los ítems a los que atenderemos en nuestro texto, ambos estrechamente relacionados: (4) el grado y tipo de *responsabilidad asumida por los parientes*, y (5) el conocimiento y uso de *otros recursos* más allá del propio de la familia y del cuidador inmigrante. Por último, el sexto y séptimo ítems que estructuran nuestro análisis observa el otro lado de la barrera, el del inmigrante cuidador y analiza, siempre en función de la etapa que se transite dentro de la trayectoria de la dependencia, tanto (6) las *tareas encomendadas al cuidador* como (7) la *valoración* que hacen los familiares del recurso a los cuidadores inmigrantes, lo que pasa por dar cuenta de su forma de juzgar el trabajo de estas personas, por el análisis de las tensiones —culturales, de género, laborales...— que puedan originarse durante la convivencia o por las expectativas que se tienen acerca de este servicio. Finalmente, plantearemos algunas conclusiones posibles acerca de cómo representan los familiares este fenómeno en la CAPV.

TABLA 17
Claves de análisis

1	Características de la persona mayor cuidada
2	Motivaciones para acceder al cuidado por parte de trabajadoras inmigrantes
3	Redes de contacto con trabajadoras inmigrantes
4	Responsabilidad asumida por la familia
5	Conocimiento y uso de otros recursos
6	Tareas encomendadas al cuidador
7	Valoración de los familiares

4.2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA MAYOR CUIDADA

La manera en la que los familiares imaginan la naturaleza de la discapacidad y de las limitaciones del anciano, esto es, cómo ven los problemas de salud que empiezan a manifestarse en él, comparece como uno de los elementos más discriminantes a la hora de analizar las situaciones de entrevista. En

efecto, la aparición de los primeros achaques, pequeños accidentes domésticos, síntomas de enfermedades que se agravarán..., son situaciones de orden médico que se traducirán en decisiones importantes para la vida cotidiana: la reorganización de los horarios, el recurso a personas ajenas a la unidad familiar, la reestructuración del espacio doméstico...

Ciertamente, el acceso de la persona a una fase en la que, precisamente, hasta sus allegados más directos hacen del adjetivo «anciano» el más ajustado a la nueva situación...

La persona que entra en la ancianidad es que es otra persona distinta de la que tú has conocido toda la vida. Es, yo ya te digo, es que tal cambio en mi madre... que también yo te digo, tuve que asimilarlo porque de ser mi amiga... a ser una cosa completamente distinta y, claro... Yo ahora, ya ha cogido y como una niña, ¡igual que una niña! EF8

...opera como una suerte de «acto de institución» a partir del cual muta radicalmente la vida cotidiana del anciano y de su familia. El *descubrimiento de la dependencia* es, también, el arranque de un nuevo período en el cual es necesario redefinir los términos de la relación familiar:

Pero mi madre se ha vuelto una niña mimosa (...). Se vio, de hacer una vida normal que salían todos los días a misa, a dar un paseíto..., se vio que dependía de otra persona, que encima mi padre había fallecido, que estaban muy unidos, claro, que... Asimilarlo todo esto es muy duro con años, ¿no?, porque ya no tienes años para formar tu vida, para formar amistades, no, ya tienes que seguir una vida, pues, un poquito con dependencia de los demás. EF8

A partir de ese momento, el proceso no parece detenerse: reducción de la autonomía de la persona, cambio en sus rutinas, presencia de personas extrañas... La entrada en la situación de dependencia reestructura lo esencial de la vida del anciano y de la de sus familiares. Con ello, cambia su lectura del *tiempo de lo cotidiano*: los ritmos diarios, las rutinas...

Enfermó mi madre, cogimos una persona que estaba en casa con horario parcial, durante las horas del día. El resto del tiempo me hacía cargo yo. EF11

Es ése, además, un cambio progresivo, inapreciable en ocasiones, cambio que viene marcado, de un lado, por la evolución de la dependencia del anciano y, por otra parte, por el presumible agravamiento progresivo de su enfermedad: de la dependencia parcial a la dependencia absoluta; de la vieja rutina a la creación de una nueva, que incluye, poco a poco, a una persona antes extraña, el cuidador inmigrante:

A mi madre le dio un derrame cerebral, porque antes ya teníamos problemas con ella, tenía Alzheimer primero. Pero bueno, luego le dio un derrame cerebral, y al principio con el Alzheimer, pues bueno, iban las etapas normales. Ya había pasado la etapa esta fuerte, del Alzheimer fuerte, me refiero a cuando están tan agresivos. Esa etapa ya la había pasado. Y bueno, eso lo fuimos pasando en casa, estaba con mi padre. Mi padre estaba mejor de lo que está ahora, claro, y bueno pues con gente, pero por las mañanas: cuatro o cinco horas, para que la levantasen, la aseasen, y luego los arreglasen, hasta que yo viniese de trabajar (...). Pero claro la situación cada vez se iba agravando más, hasta que le dio a mi madre un derrame cerebral, y a partir de ahí, mi madre pues... nada. Nada porque está en la cama sin moverse, ella no se mueve, por sí sola no puede ni darse vuelta, nada, nada. Por eso necesitamos [cuidadoras]. EF6

El cambio, además, afecta a todos los aspectos de una rutina que antes parecía inamovible, incluyendo el espacio de lo doméstico, que se tiene que reestructurar en función de las necesidades del cuidado:

[La cuidadora] duerme allí ya, en una cama que hemos puesto al ladito de mi padre. Hemos puesto la planta baja de la casa, para que pueda sacar la silla de ruedas bien, una cama especial, ahora por ejemplo ya, hemos tenido que contratar una grúa, porque ya no se le puede... EF5

Con mi padre tuvimos que poner barandillas, por ejemplo en el pasillo, para que él se pudiese agarrar y poder moverse, pero ya llegó un momento que era imposible, y entonces es cuando nos planteamos lo de la chica. EF7

4.2.1. Primera fase: la eventualidad del daño

Si agrupamos el material producto de las entrevistas de acuerdo a las claves suministradas en el epígrafe que anteriormente dedicamos a la «trayectoria de la dependencia», encontramos que en la primera fase de ésta, la de la «previsión», la *banalidad* de la enfermedad —al menos en el tono en que se expresa— es el rasgo más característico del discurso de los familiares del anciano: pequeñas «torpezas», «equivocos», «achaques», «arrechuchos», «fallos»...:

Están los dos bien de cabeza... mi suegra está algo torpe al andar, y mi padre que a veces le dan «arrechuchos», y tiene que tener alguien que esté así con él. Él [se] organiza, se vale solo. EF1

Está perfectamente. Lo que pasa que le fallan las piernas, y entonces no puede estar sola, hay que acompañarla al baño, o lo que sea, pero lo hace todo ella (...). Lo único, que necesita compañía porque le fallan las piernas (...). Hay que salir con ella, ayudarla a bajar y llevarla hasta el banquito, y lo que sea. Y hacer las compras pues igual, la cosa es que hay que ir con ella. EF12

4.2.2. Segunda fase: la enfermedad crónica

Los adjetivos se agravan cuando la enfermedad evoluciona y de la previsión se pasa a la constatación de la verdadera dimensión del daño. Con ella, viene la comprobación de que el problema de salud del anciano es ya no pasajero sino crónico. Es lo que sucede en aquellos casos que transitan por la segunda fase de la trayectoria de la dependencia, la de transición, cuando la situación, aunque cambiante, no es aún radicalmente desconocida: lo cotidiano se mezcla con lo nuevo...

Tiene bastantes carencias de memoria. Una especie de Alzheimer suave, que, de manera sorprendente, le permite hacer algunas cosas de maravilla, pero otras... se olvida de todo. EF4

...la normalidad, lo conocido, con la novedad de una enfermedad que se agrava:

Mi madre tiene 90 años, tiene una salud perfecta, porque cuando le hacemos la analítica es que da todo perfecto (...). Mi madre lo que tiene es artrosis. EF8

La conversión ya irreversible de la enfermedad en algo crónico se palpa cuando se produce una manifiesta *medicalización* del lenguaje. Sucede en el discurso de aquellos entrevistados que han hecho de la enfermedad grave y en estados avanzados de deterioro su normalidad:

Pues está en silla de ruedas, pues igual veinte años o quince. Bueno, tiene una distrofia muscular, o sea que está... y bueno necesita todo. EF3

Está bien de glóbulos rojos, de glóbulos blancos, no tiene urea, ni tiene glucosa, ni tiene colesterol, nada. Mi madre lo que tiene es artrosis. Tuvo una caída hace seis años que se rompió el cuello del fémur y... EF8

Mi padre es sordo, tenía el equilibrio afectado y andaba muy mal. Entonces, mi padre se fue degenerando a lo largo del tiempo, y nos fue dando diversos sustos, de que cuando salía de casa, se caía. EF7

Tenía cáncer de garganta, entonces no puede hablar, y aparte, luego le dio un *liptus*, y entonces se ha quedado parapléjico. EF9

4.2.3. Tercera fase: dependencia y desconcierto

Es ese de la medicalización del lenguaje el síntoma del paso a la tercera fase de la trayectoria de la dependencia, cuando se constata además la radical alteración de la personalidad del anciano, al que, incluso, se observa con sorpresa, como si fuese otra persona. «Descontrol», «desconcierto», «desconocimiento»... definen el régimen bajo el que se sitúan quienes han entrado en esta tercera fase:

Mi padre tenía una demencia senil, empezó a perderse, a descontrolar la hora, no sabía la hora biológica [sic], sabía que había una hora, pero no sabía cuál era, iba a por pan, y el pan le costaba 150.000 pesetas. EF2

Mi padre está con Alzheimer ya muy avanzado, lleva cuatro años en silla de ruedas, hay que hacerle todo, no habla, y [hay] que darle de comer a la boca, todo pasado. Lleva ya Dodotis, yo creo que ya ni nos conoce. EF5

Es sólo ahí, cuando ya la evidencia del cambio de estado del anciano se ha hecho ineludible y no se puede soslayar la necesidad de emprender la reestructuración de la vida cotidiana, de la del anciano, de la propia (cf. 4.3.5, «Tercera fase: detener la ruptura de la cotidianidad»), que se aborda la decisión de contratar un servicio integral de cuidado:

Tuvimos que contratar primero a una persona para que le acompañara cuando iba sobre todo a misa, porque mi padre era de misa diaria. Entonces, pues, cada vez que salía, le tenía que... simplemente contactamos con personas de aquí para que le acompañasen. Puntualmente. Entonces llegó un momento que era imposible, porque para ducharse era un problema, para todo. EF7

* * *

Podría esto que antecede representar bien la secuencia de la dependencia: de la normalidad con pequeñas alteraciones a la conversión de éstas en crónicas; de lo crónico sin gravedad a la medicali-

zación del lenguaje y, con ella, a la constatación del cambio: de personalidad, de situación, de rutinas... Durante esa secuencia, cambian las necesidades y, tal y como se observa en la tabla que figura a continuación, cambia también la modalidad de los cuidados demandados:

- 1) Son esporádicos y accesorios durante la primera fase, cuando los cuidados requeridos no superan la compañía y, a lo sumo, algunas tareas de asistencia doméstica.
- 2) Se incrementan durante la segunda fase, cuando los problemas puntuales se agravan y las enfermedades degenerativas empiezan a manifestarse con crudeza; ahí, la demanda de cuidado no crece tanto en *calidad* —compañía, asistencia— como en *cantidad* —más servicios de internas, más horas de contrato—.
- 3) Finalmente, en la tercera fase, aquella en la que la dependencia se hace extrema, el cuidador es ya vida cotidiana —internas de larga duración—, mientras que sus tareas van mucho más allá del cuidado eventual.

TABLA 18

Problemas de salud y cuidados requeridos en función de la etapa de la trayectoria de la dependencia

Estado de la dependencia	Tipo de discapacidad	Cuidados requeridos	Contrato del cuidador	
Etapa 1: previsión	EF1	Problemas de movilidad asociados a la vejez	Compañía y asistencia doméstica	Externa (2 personas)
	EF12	Problemas de movilidad asociados a la vejez	Compañía y asistencia doméstica	Por horas
Etapa 2: transición	EF4	Alzheimer incipiente	Compañía constante y algunos cuidados	Interna
	EF4	Alzheimer incipiente	Compañía constante y algunos cuidados	Externa (2 personas)
	EF8	Problemas serios de movilidad asociados a la vejez	Compañía y asistencia doméstica	Por horas
	EF9	Problemas de movilidad asociados a la vejez	Asistencia integral	Interna (2 personas)
Etapa 3: dependencia	EF2	Demencia senil	Asistencia integral	Por horas
	EF3	Distrofia muscular (parálisis total)	Asistencia integral	Interna y por horas (2 personas)
	EF6	Pareja: Invalidez absoluta y problemas leves asociados a la vejez	Asistencia integral	Interna
	EF7	Invalidez absoluta	Asistencia integral	Interna
	EF10	Paraplejía	Asistencia integral	Por horas
	EF11	Hemorragia cerebral	Asistencia integral	Interna

4.3. LAS MOTIVACIONES PARA CONTRATAR A INMIGRANTES CUIDADORES

Al interrogar a los entrevistados por los motivos que les condujeron a tomar contacto y contratar a inmigrantes para que desarrollasen tareas de cuidado, la gama de razonamientos expresados fue, evidentemente, diversa: la no siempre reconocida accesibilidad económica de este recurso; la simple necesidad de compañía; la solvencia de la persona contratada para desarrollar esa labor; la confianza que depositaron en quienes les aconsejaron hacerlo; la cordialidad de las inmigrantes como cuidadoras; la imposibilidad de mantener al anciano en su casa de no ser por ese servicio...

4.3.1. La accesibilidad del recurso

Probablemente, el precio de los servicios prestados por las inmigrantes —accesible para las pensiones de los ancianos— sea uno de los motivos más argüidos. Bajo precio que se argumenta, además, por comparación con el servicio prestado por las «chicas de aquí»:

No encuentras [otra cosa], eso ya lo he intentado yo. Gente interna, no encuentras, tienes que ir a las agencias estas que te mandan una, sí tienen las 24 horas al día, pero sabes lo que te cobran... como 350.000 pesetas al mes, a ver quién lo mantiene. EF6

[Las de aquí] actúan como si fuesen ayudantes de quirófano, casi, y no hacen más que estar sentadas en una butaca. EF8

En el momento que necesitas a una persona por la noche, de aquí no encuentras a nadie (...). Todos tienen su casa, más cerca, más lejos, pero todos tienen su casa. Y nadie quiere dormir, y nadie quiere renunciar a salir por la tarde. Esta gente [los cuidadores inmigrantes] se queda a dormir. EF1

Y las de aquí son muy difíciles porque nosotros necesitamos las 24 horas, o sea, día y noche y tal. EF3

No obstante, aunque asequible, también este mercado parece estar sometido —a ojos de algunos de sus potenciales usuarios— a fluctuaciones:

Lo único, pues, que la gente dice que... que han cambiado, claro. Cuando vinieron económicamente eran mejor que las de aquí y no creo que nadie quisiera explotarlas, pero la persona que estaba con una necesidad, y no podía pagar a una persona de España, si podía pagar a las otras, pues, en realidad, se beneficiaban las dos. No creo que haya sido una cosa de explotar a nadie, pero, claro, ellas mismas, a esas clases que van, pues, les dicen que no se dejen explotar, normal, pero si se ponen al mismo nivel, pues, la gente exige lo mismo y las personas que viven aquí ya tiempo o que son de aquí, saben las costumbres, el tipo de comidas, yo creo que igual están más preparadas. EF8

4.3.2. El mantenimiento de lo cotidiano

Pero este tipo de motivos, si bien importante a la hora de explicar la accesibilidad de este recurso y su extensión en capas de población que, de no existir, difícilmente podrían acceder a cuidados prestados a domicilio, no parece ser, sin embargo, el que estructura el discurso de las familias. Pues, en efecto, son el interés de éstas por mantener lo más intacta posible la vida cotidiana del anciano —que «no salga de su casa»; que «se quede donde está»— y —aunque no siempre se exprese con claridad— hacer otro tanto con la propia vida cotidiana —«mis hijos no pueden ir»; «no puedo dejar mi trabajo»...—, lo que estructura el discurso acerca de los motivos para acceder a este servicio:

Entonces yo lo que no quería era a mi padre mandarle a ningún centro, porque una de las premisas, una de las cosas que él me pidió, cuando él se dio cuenta de que ya no empezaba a controlar la situación, porque era muy orgulloso, tenía mucho carácter, era una persona con mucha energía, acostumbrado a mandar. Entonces me dijo estas palabras: «Hija, cuando yo empiece a estar raro y tal, ¿no me llevarás a ningún sitio, de esos donde van los viejos, no?, yo quiero estar en mi casa». Entonces yo le dije: «Tú no te preocupes papi, que mientras yo viva y pueda, y mi salud lo permita, yo estaré al frente de todo lo que pase». EF2

No obstante, siendo éste de evitar alterar lo cotidiano el motivo que aparece con más intensidad, si se lo observa en función de la que hemos nombrado como «trayectoria de la dependencia», ha de consignarse que es de las motivaciones que comparecen en las fases más avanzadas de esa trayectoria (Tabla 19):

TABLA 19

Motivaciones para acceder al servicio de inmigrantes cuidadores en función de la etapa de la trayectoria de la dependencia

Estado de la dependencia	Motivación
Etapa 1: previsión	EF1 Calidad de la compañía; evitar la residencia
	EF12 Garantizar la compañía
Etapa 2: transición	EF4 Compañía, seguridad y tranquilidad para la familia
	EF5 Para que el anciano pueda quedarse en su casa; coste económico
	EF8 Compañía; descargar a la familia; coste económico
	EF9 Para que el anciano pueda quedarse en su casa
Etapa 3: dependencia	EF2 Para que se quede en casa; ayuda suplementaria
	EF3 Descargar responsabilidad; servicio más accesible
	EF6 No alterar la cotidianidad de los ancianos ni de su familia; coste accesible
	EF7 Compañía y tareas domésticas
	EF10 Para que el anciano pueda quedarse en su casa
	EF11 —

4.3.3. Primera fase: acompañar y custodiar al anciano

En efecto, si observamos las motivaciones consignadas en la tabla que antecede, vemos cómo en las primeras etapas de la dependencia son motivaciones ciertamente banales las que vienen a la mente de los entrevistados. Sólo después, cuando el problema pasa de ser esporádico a ser crónico, la presencia —discontinua y discreta— del *acompañante* se convierte en estancia —continua y constante— del *cuidador*:

Ella se quedó en su casa, y estamos todos cerca, pero bueno... nadie quería quedarse a vivir con ella (...). Entonces requería un poco... pues estar un poco encima de ella, acompañándola. Después de ensayar modalidades clásicas, de repartirnos todos, o de contratar a gente, dijéramos, más normal o más de la zona, para... pero ya era entrar del todo en un ámbito laboral, ese tipo de contratos y tal. Recurriendo a la parroquia, no sé de qué manera, solamente verbal y tal, nos presentaron a una chica (...). Primero la llamamos a ver sí, sí podía venir algunas noches, a darle de cenar y a dormir allí con ella, los sábados y los domingos. Cómo la situación parecía que iba relativamente bien, pues le ofertamos que se quedará con ella a vivir, interna. Interna, sí. Un poco el objetivo era ése. EF4

La *compañía*, con lo que eso supone de seguridad para los familiares y de *prevención* de males mayores se presenta, entonces, como el motivo al que más se acude en las primeras fases de la dependencia:

No, no necesita [mi padre] ningún cuidado (...). Entonces mi padre al quedarse ya... se fueron los dos pequeños de casa, entonces, se quedó viudo, y al principio está muy bien, aguantó bien, pero ahora ya tiene 89. Y hace unos años se le operó de cáncer, una noche se puso malo... estaba solo y bueno, se asustó. EF1

Es una pelea que tenemos con mi madre, que mi madre ya tiene 83 años, y mi madre está muy bien, pero claro ya pensábamos que está... Mi madre, en principio, ahora se va a quedar sola en casa, no sabemos si se le va a hacer muy dura la cosa, y teníamos plena confianza en [la cuidadora], y queríamos... [tenerla] como compañía de mi madre, que viniese a la noche, que durmiese con ella, etcétera, etcétera. Nada más. EF7

4.3.4. Segunda fase: «que se quede como está». Seguridad y tranquilidad

Cuando el problema de la persona mayor se empieza a hacer crónico, el *acompañante esporádico* se cambia por el *cuidador permanente*. En esa fase —la segunda en la trayectoria de la dependencia— los motivos *banales* de la primera son sustituidos por otros, más trascendentes, más *estructurales* —seguridad, tranquilidad, evitar el cambio...—, motivos que apuntan ya al que líneas atrás señalábamos como el argumento esencial en este punto: no alterar la cotidianidad, ni la del anciano ni la de los familiares. El siguiente pasaje, tomado de una entrevista realizada a un familiar cuya madre padece un Alzheimer en fase incipiente, refleja bien esta lectura:

Porque nos costaba encontrar a alguien dispuesto a vivir con ella. Y haciendo un poco, a la vez de empleada doméstica, para entendernos, aunque, con un pequeño esfuerzo, hacerle compa-

ña y seguridad. Alguien que estuviera casi todo el día, que tuviéramos un poco de garantía que estuviera allí. Llamas a la mañana a casa, o al mediodía y que ella esté allí. EF4

«Compañía», «seguridad» y «tranquilidad». Mantenimiento, en definitiva, de la situación, lo que pasa por evitar «la residencia» —suerte de referencia, casi mítica, central para pensar en un alejamiento leído como definitivo del hogar— y asegurar un cuidado que, sin modificar otras cosas, garantice que se queden en casa:

La residencia nunca lo hemos planteado, mi madre nunca ha querido. Nosotros hasta hoy lo hemos respetado mucho, no sé hasta cuándo. Mientras podamos. EF6

El recurso al inmigrante lo permite:

[Contraté a una cuidadora] para que no estuviera en una residencia. EF9

Él sabe que si no [hay cuidadoras] tiene que salir de casa. Lo que no quiere es salir de casa. EF6

No se querían cambiar de casa, eso fue imposible, porque se negaron en banda, y no había forma. Decidieron quedarse allí, la única forma era coger una persona, que (...) ayudase a mi abuela a levantarle [a mi abuelo], cambiarle de sitio dentro de la casa, cambiarle, bueno cambiarle, le cambia mi abuela, pero vamos... el trabajo más duro se hace en esas tres horas. EF10

Esa gama de valores —«compañía», «seguridad», «tranquilidad»— sirve para bosquejar el cuadro que dibujan los familiares en esta segunda fase de la dependencia: todo apunta a una seria transformación de la vida cotidiana; se trata, las siguientes expresiones lo recogen bien, de **contener el presente**, de evitar su deterioro:

Estamos intentando contenerles en casa a toda costa, ¿hasta cuándo? EF6

El tema es que [la situación] dure y que mi padre esté contento. EF6

4.3.5. Tercera fase: detener la ruptura de la cotidianidad

Llegados a cierto punto, a ese imaginado como irreversible, cuando la dependencia se hace extrema —la tercera etapa de la «trayectoria de la dependencia»— y «evitar la residencia» y «mantener la situación» requiere de esfuerzos superlativos y de cuidados suplementarios a los proporcionados por la familia, acudir a la cuidadora inmigrante parece ser la única salida accesible. Todo sea —así se construye el argumento— por no romper la cotidianidad.

No romper, de un lado, la *cotidianidad del anciano*, lo que conduce a no pocas preocupaciones en la gestión de la relación con el cuidador, portador en ocasiones de costumbres que algunos familiares interpretan como amenazantes para esa rutina que se quiere salvaguardar a toda costa: distintas costumbres, distintas rutinas, distintos acentos, distintos amigos, distintas comidas... Si bien es cierto que en la mayor parte de las entrevistas realizadas estas diferencias se interpretan como obstáculos fácilmente eludibles...

Esta chica hacía tareas de limpieza, por ejemplo en casa, y ahí, por ejemplo, sí que son con-

ceptos... o tienen un concepto de limpieza que no es el concepto de limpieza que tenemos nosotros, pero que bueno, que no supone más que enseñarle un poco. EF7

La cultura que ella tenía, no daba importancia a los horarios, y claro igual se retrasaba (...). Pero por lo demás con él, encantadora, y sin ningún tipo de problemas. EF10

Pero bueno ellas la casa también la mantenían, la lavadora y todo eso, se les enseñó y todo bien. La plancha... todo bien, aunque a otro ritmo. EF5

...en otras, comparecen como obstáculos cuasi insalvables, aunque, no obstante, necesarios para poder «mantener la situación»:

Yo le digo a la noche [a la cuidadora]: «Pues oye, mañana pones lentejas». A la mayoría hay que enseñarlas a cocinar, porque no saben, ésta en concreto no (...). Muchas de ellas no saben cocinar, yo he tenido de todo. Yo he tenido algunas, de hecho no sabían hacer absolutamente nada, ahora, cuando las vas a contratar saben de todo, pero luego cuando vienen a casa... pero es algo con lo que tienes que... nosotros hemos tragado de todo. Pues, porque es la única forma que tienes de tenerles [a los padres] en casa. EF6

Y no romper, de otro lado, la *cotidianidad del familiar*, motivo que, como decíamos, no se expresa con toda rotundidad —acaso cierto sentimiento de culpabilidad protege su enunciación y evite que se exprese— pero que sin embargo ronda bajo muchas de las justificaciones alegadas para la contratación de una inmigrante: dificultades que supondría para los hijos que los padres se desplazasen al domicilio propio...

Hay que estar, [sea] duro o no duro, hay que estar alguien. Nosotros muchos, muchos fines de semana hemos pasado. Y mis hijas... Pero claro ya se han ido (...). Y no puedes disponer tanto de sus vidas. EF3

...o las limitaciones espaciales del espacio familiar...

Normalmente antes, son los pisos más grandes, uno de los hijos, acogía al padre o a la madre. Hoy en día no. No hay espacio, la gente sale, y comprometerte a... EF1

Es que si no, si les sacas de casa, llevarles a casa de mi hermana una temporada, a mi casa otra. Yo tampoco tengo muchas facilidades, porque yo vivo en un tercer piso, para subir, mi padre muy mal, no tiene ascensor. EF6

...y, sobre todo, el mantenimiento de la integridad psíquica de los familiares responsables del anciano y de su entorno:

Para liberarme un poquito también... para hacer un poco de vida. EF8

La familia no nos hemos despreocupado, pero hemos querido descargar un poco en esas personas (...). Lo que pasa es que nunca hemos estado tan tranquilas. EF3

Pero es que si no, es imposible. O sea, de por sí, ya estás así desquiciada, si no, yo estaría ya en Zamudio [hospital psiquiátrico de Vizcaya], o por ahí, yo qué sé dónde estaría yo. Y ese sería el tema. EF6

Al principio los fines de semana los hacía yo, pero aquello era un drama ¡Tú no sabes las cosas que me preparaba a mí! Aparte, de que yo voy los sábados y los domingos a las 19:30, que ¿tú sabes lo que es? Entonces yo trabajo y que llegue el fin de semana, y para mí estar el fin de semana con ella, que además, ahora no, ahora ya está como una niña mimosa, pero los dos años, tres primeros fueron de una rebeldía, que era como martirizarme, como esclavizarme y luego hacía unas cosas tremendas, tremendas de fisiológicas... y de todo. Y al final, pues claro, dije «voy a coger una persona, para que ella, incluso, cambiando de gente y todo, pues esté un poco más entretenida y me libere a mí un poco». Empecé cogiéndola en verano, la cogí, pues, para poder tener yo unas vacaciones. EF8

4.4. LAS REDES DE CONTACTO

4.4.1. Las «redes de confianza»

Tal como deducíamos en el análisis del material recogido de las entrevistas a informadores relevantes (cf. «Las redes de intermediación entre cuidadores inmigrantes y personas mayores dependientes»), por las manos de redes más o menos informales de mediadores y, sobre todo, por las «redes de confianza» encarnadas por vecinos, personas conocidas que hayan requerido de estos servicios y, por supuesto, las diferentes redes vinculadas a la obra social de la iglesia, pasan la mayoría de los contactos entre cuidadores inmigrantes y familias de personas mayores dependientes:

TABLA 20

Redes de contacto entre cuidadores inmigrantes y familias de personas mayores dependientes

	Agencia de mediación
EF1	Iglesia del pueblo
EF2	Párroco de la iglesia del pueblo
EF3	Instituciones públicas; boca a boca
EF4	Iglesia del barrio
EF5	Redes de confianza (vecinos del pueblo)
EF6	Agencia de colocación
EF7	Cáritas
EF8	Cáritas
EF9	Empresa de ayuda a domicilio
EF10	Anuncios en prensa
EF11	Empresa de ayuda a domicilio
EF12	Redes de confianza

Así pues, y aunque en algunos casos se llama a la puerta de redes lejanas a las afectivas, así:

Por oídas, pero sin ninguna referencia. EF3

La conocíamos del barrio, sin más. EF12

A través de anuncios del periódico (...), lo primero que encontramos. EF10

En la mayor parte es el valor «confianza» el que parece primar y no parece que existan en este campo diferencias reseñables entre las distintas etapas de la trayectoria de la dependencia. Así, familiares...

Fue mi cuñada, que tenía relación..., pues por alguna conocida que tenía chicas y que estaba muy contenta, y así. EF3

...vecinos...

Con unos vecinos que tienen también una señora mayor, pregunté que cómo habían... Y estaban contentos con la que cuidaba a su madre. Entonces me pusieron en contacto con Cáritas. EF8

...o amigos...

Me he movido con las chicas que conozco, con las amigas, a través de ellas, a través de ellas que... para buscar una persona con referencias. Y ellas miraron: «que si le voy a decir a no sé quién»... EF8

Por una amiga, localizamos a una chica que nos iba por las noches. Entonces, estando yo ingresada en el Hospital... a la cama de al lado vino una señora a visitar... Y hablando. Como estás en el hospital mucho tiempo, muchas horas, y hablas de toda tu vida... EF11

A través de no sé quién que conoce, que tiene una hermana, que ha venido mi hermana, que se queda... EF1

...constituyen las referencias.

Y junto a ellas, evidentemente, las redes asociadas a la Iglesia. Como ya pudimos observar, la fuerte presencia de la Iglesia en la estructura social del País Vasco ha servido como conductor y comunicador entre la oferta y la demanda de servicios de cuidado. La siempre sorprendente capacidad de esta institución de adaptar sus viejas estructuras —como la que tenía formada para la gestión del servicio doméstico—...

También, yo recuerdo las chicas que había en casa, cuando yo era pequeña. Todo el mundo iba donde las monjas y entonces la gente que venía... venía de Potes, venía de Buñuel, venían de Burgos. Y ellas lo mismo [que ahora], las colocaban. Y ahora lo mismo, les hacen un seguimiento, y tú dices, «necesito una persona» (...) y lo que hacen es mandar... EF1

...y la precisión con la que ha leído este mercado le ha permitido afrontar su gestión, manifestándose, en nuestras entrevistas cuando menos, no ya sólo como la mediadora principal, sino también como la depositaria más importante de la confianza de las familias para buscar servicios de cuidado:

Con los que mejor me he entendido ha sido con Cáritas. Cáritas son los que mejor. EF6

Yo llamé primero a la parroquia, y en la parroquia, el párroco que era muy amigo de mi padre (...) «Oye, José Luis... [el párroco], la chica esta que tengo se me marcha, necesito una persona de confianza». Y me dijo: «No te preocupes». Y me llamó al cabo de 20 minutos y me dijo: «He hablado con Cáritas, y en el departamento que corresponde a la zona de Getxo, pues me ha dicho que hay una señora». Y efectivamente había una señora. Esta señora era ecuatoriana, que además vive cerca de casa. EF2

Recurriendo a la parroquia (...) y tal, nos presentaron a una chica. EF4

4.4.2. La peculiaridad de las redes de contacto en el mundo rural

Si analizamos la forma de las redes de mediación no puede dejarse de mencionar la particularidad que para el caso de la CAPV representan las que se establecen en el mundo rural. Observándolas apreciamos la real necesidad de fijarnos, como reclamábamos páginas atrás (cf. 4.1.2, «Claves de análisis: las etapas de la "trayectoria de la dependencia" y la transformación del espacio-tiempo cotidiano») en lo determinante que para este tema resulta la distancia que separa la residencia del anciano dependiente de la de sus familiares. Determinante, en efecto; en primer lugar por las dificultades que impone sobre la vida cotidiana del propio cuidador, alejada de toda posible referencia de normalidad:

Dificulta [vivir en el mundo rural], porque claro, es lógico. El tema es que sí tú vives en el centro, pues bueno, ella [la cuidadora] por las tardes, que prácticamente, por las tardes no tiene... Porque ella se dedica a ver la televisión, por decirte algo. Porque ella hace las cosas por la mañana y punto. Por la tarde, mi padre se quedaba perfectamente con ella [la madre], para que ella [la cuidadora] pudiera salir un rato, pero allí, ¿dónde va? Entonces eso es una dificultad añadida, sin ninguna duda. EF6

Pero determinante sobre todo por las singularidades sociológicas del mundo rural. Como ya pudimos analizar (cf. «Las redes de intermediación entre cuidadores inmigrantes y personas mayores dependientes»), en paralelo al mercado de trabajadores temporeros en labores agrarias, en el ámbito rural entonces, se ha desarrollado otro mercado, no regularizado, integrado por familiares femeninas de los trabajadores agrarios, que se dedica al desempeño de tareas de servicio doméstico y, fundamentalmente, de asistencia domiciliaría a ancianos dependientes residentes en el ámbito rural:

La vecina también, que es una señora viuda que también se quedó allí, está otra [inmigrante] también cuidándola, y sí que hay otro tipo de familias, que están... Y luego los demás, algunos, lo que son los hombres, trabajan en la construcción, y cuando tienen la recogida del tomate, de verdura y todo ese tema, también van al campo. Y las mujeres con esto... Y bueno, están por allí, y en algunos de los pueblos han solucionado muchos temas de éstos. Que conste que en los pueblos de alrededor hay mucha gente, en Navarra sobre todo... EF5

El fenómeno merece, en efecto, ser consignado más que como el síntoma de la existencia de peculiares redes de contacto entre los cuidadores inmigrantes y los ancianos y sus familias, como el indica-

dor de la existencia en pueblos del País Vasco rural —pueblos con economía saneada pero con un fuerte envejecimiento de la población—, de una suerte de peculiar asociación, simbiosis casi, entre las necesidades de trabajo de la población inmigrante femenina y las necesidades de cuidado de la población anciana de esas localidades, cuyos familiares más jóvenes residen —por mor de viejas inmigraciones internas— en ciudades alejadas de las localidades natales y de residencia de sus padres, ahora ancianos:

Es complicado coger una persona allí en el pueblo, es pequeño. Es un pueblo de Navarra, de la Ribera. Entonces allí no hay gente, en principio que se dedique... en fin. Puedes echar mano... si son familiares, para que te echen una mano, pero no. Y no sé por qué, apareció por allí un par de familias, y todas además han sido de Ecuador. Han ido trayendo, igual a 40 ó 50 personas de allí de Ecuador (...). De una familia han llamado a otras y tal. Hay trabajadores que van incluso al campo, también, que les ayudan con la recogida del tomate, pimiento y tal. Otros trabajan en la construcción, algunos han montado un par de granjas de vacas que hay allí también, y las mujeres, prácticamente se dedican a atendernos a todos los ancianos que hay en el pueblo. EF5

4.5. LAS RESPONSABILIDADES ASUMIDAS POR LA FAMILIA

4.5.1. La «unidad familiar» como sujeto del cuidado

La estructura de la red familiar en el País Vasco condiciona, probablemente, las conclusiones que podamos extraer en este epígrafe. En cualquier caso, la presencia de esta estructura es palpable en cualquiera de las entrevistas realizadas, no ya sólo porque la familia constituye —por encima incluso de las necesidades de sus miembros individuales— la unidad de referencia, sino porque es ella el agente responsable —y ello en absolutamente todos los casos analizados— de la gestión del cuidado.

Si en otros epígrafes observábamos lo ajustado de la hipótesis de acuerdo a la cual las distintas etapas de la trayectoria de la dependencia eran la referencia que estructuraba los discursos, no podemos menos que afirmarnos en ella llegada la hora de analizar los discursos de las familias sobre su propio rol en los cuidados de los ancianos dependientes que están a su cargo y las tareas que se asignan en ese cuidado.

450

Pues, ciertamente, si observamos el detalle de la tabla que sigue podemos apreciar cómo a lo largo de ese trayecto, la *unidad familiar* —no los individuos que la integran, sino la unidad familiar como totalidad— va ocupando, progresivamente, un área de responsabilidad mayor en la organización del espacio y del tiempo del anciano: del *acompañamiento* a la *supervisión*; de la *vigilancia relajada* en la fase de «previsión» al *cuidado constante* en la de «dependencia»:

TABLA 21

Tareas desarrolladas por las familias en función de la etapa de la trayectoria de la dependencia

Estado dependencia		Papel familiares	Otros recursos	Contrato del cuidador
Etapa 1: previsión	EF1	Fines de semana y supervisión	No	Externa (2 personas)
	EF12	Cuidado y convivencia	Familia	Por horas
Etapa 2: transición	EF4	Fines de semana	Servicio acompañamiento	Interna
	EF5	Fines de semana	Asistencia social	Externa (2 personas)
	EF8	Visita diaria	Servicio doméstico	Por horas
	EF9	Visita diaria	No	Interna (2 personas)
Etapa 3: dependencia	EF2	Cuidado y convivencia	Familia	Por horas
	EF3	Fines de semana; compañía	Asistencia social	Interna y por horas (2 personas)
	EF6	Supervisión y visita diaria	No	Interna
	EF7	Fines de semana	No	Interna
	EF10	Visita	No	Por horas
	EF11	Cuidado y convivencia	Familia	Interna

Ese incremento de responsabilidades va asociado a una presencia gradualmente más importante del inmigrante en la vida de la familia, que, como decíamos páginas atrás, pasa de *acompañante* a *cuidador*, cambio esencial, tanto como el del sustantivo que indica su situación en la familia: de *presencia* a *estancia* (cf. 4.7, «Las tareas encomendadas al cuidador»), tan asociado como va a la disminución del recurso por parte de las familias a otros servicios de cuidado que no sean los prestados por inmigrantes.

4.5.2. Primera y segunda fases: supervisión y vigilancia

Es en la segunda fase de la trayectoria de la dependencia cuando los cambios en el discurso y en los roles asignados a la familia se hacen notables. En ella, hacer «lo de siempre» o, a lo sumo, concentrarse en tareas de supervisión, no parece ser ya suficiente: es necesario reorganizar el tiempo de lo cotidiano, reestructurar el calendario, rehacer algunas rutinas. Términos como «turnos de visita» son comunes en los familiares cuyas vidas se desempeñan en esta fase...

Teníamos establecidos unos turnos [entre los hermanos]. EF7

Un fin de semana, hago yo, y otro mi hermana, para que ella tenga fiesta. EF7

...como lo empieza a ser la idea del relevo: sustituir a la persona encargada del cuidado, permitir que el cuidador descanse. En todo caso, y he ahí la novedad, *garantizar que en todo momento el anciano esté bajo vigilancia*:

Nosotros vamos los fines de semana, y les dejamos libres [a las cuidadoras], vamos el sábado a las 11 de la mañana, y ya les dejamos libres. Cada uno un fin de semana. Menos mal que somos seis hermanos... Luego si hay que hacer alguna cosa, o hay que hacer... pues estamos allí. Entonces desde el sábado, hasta luego el domingo, las 7 o las 8 del domingo, que viene la de la noche. EF5

Y luego llego yo a las 19:30 y estoy hasta las 22:30 o las 23:00, depende de lo animadas que estemos viendo la televisión o charlando y la dejo acostada. EF8

4.5.3. Tercera fase: organización de nuevas rutinas

La reorganización integral del tiempo propio y del tiempo del anciano sólo llega cuando la dependencia es extrema, cuando se requiere desarrollar labores de verdadera logística: coordinar calendarios, combinar horarios, dividir tareas...:

Yo tenía ocho personas [cuidando a mi padre]. Y yo daba el «do» de pecho, era mío (...). Yo estaba en casa, y yo era quien levantaba a mi padre cada hora. Yo tenía una chica de 6 a 10, pues yo por ejemplo, la chica que tenía se marchaba a las 6. Que yo hace 16 años era la típica que venía a casa y hacía las cosas de casa y tal. Entonces yo cada hora, entre ella y yo le levantábamos. Se marchaba ésa y llegaba la de las 6. Yo a las 6, antes de que la otra marchase, le levantábamos, pero yo cada hora... que yo doy clase a la tarde tres horas en el despacho, cada hora, le levantaba a mi padre con ella de la butaca, para que tuviera riego y tal... yo le levantaba con ella todas las horas. EF2

Luego nosotros lo que hacemos, el resto de la familia, es: acompañamiento, aseo diario, en el momento en el que vayas, yo suelo hacerle algunos ejercicios de escritura, porque está perdiendo las habilidades, y... eso más o menos. EF10

Establecimiento, en definitiva, de una nueva rutina que requiere de la puesta en marcha de una cierta «estrategia familiar» y, con ella, de una distribución de tareas en la que la marca de género es clara, pues son, invariablemente, las mujeres quienes asumen esa responsabilidad:

Entonces son solo dos hijos, [mi padre] y mi tía, [que] es la que se encarga de todos los temas. EF10

Me llama algún hermano: «Oye, que papá se ha quedado, que necesita». Pero normalmente la que se ocupa, soy yo, igual si hay que hacer alguna cosa legal, uno de mis hermanos, que es abogado, para solicitar el permiso... lo de la asistente social... EF1

No obstante, si bien podemos constatar la asunción progresiva de responsabilidades por parte de la familia, ésta no se da tanto en el *cuidado directo* del familiar dependiente, cuanto en la *gestión de la relación con el cuidador*, lo que pasa por: el reparto de las cargas económicas que supone la contratación de un inmigrante...

Los hijos colaboran [económicamente], si no colaboran en pagarles eso, si necesitan comprarle una cama nueva, o reformar el baño, o lo que sea, pues el apoyo familiar es el que da ese dinero. EF10

...o por la supervisión de los aspectos legales derivados de esa contratación...

Hicimos todo con un celo escrupuloso, yo la encaminé a Comisiones Obreras (...), ella hizo allí sus papeles, digamos de interior (...). Nosotros le hicimos contrato, acogido a la normativa de empleo doméstico. Seguridad social... EF4

...o, en definitiva, por todo aquello que concierne la *organización de las tareas de cuidado*. Pues en efecto, toda vez que la situación de dependencia se agrava, se encuentra pronto ante la frontera de la *cotidianidad de la familia* (cf. 4.3, «Las motivaciones para contratar a inmigrantes cuidadores»). Llegados a ella, el trabajo de la familia se concentra en un punto: la *supervisión*:

Yo [la veo] semanalmente, o sea, por norma, yo semanalmente estoy con ella. Pero bueno el teléfono está pendiente, o sea, supervisando, lo mismo por mi parte que soy yo y la otra cuñada, y el hermano vive, estamos en contacto con ellas. No hay ningún problema, nos procuran molestar lo menos posible (...). Ellas se las arreglan de maravilla. En cualquier hora de la noche, sabe que estamos para eso. Sabe que aunque estemos aquí [en otra casa], estamos acudiendo y pendiente de todo. EF3

Lo que, cuando la delegación de responsabilidad en el inmigrante es mucha, no deja de estar libre de cierto *sentimiento de culpabilidad* en los familiares:

La [relación con los padres] es diaria... Y obligatoria. EF6

Entonces yo por ejemplo, desde luego, ya te digo; si mi madre andaría [sic], y mi madre tendría [sic] la cabeza relativamente bien, yo a mi madre la tendría conmigo. Porque hay gente que dice: «Yo es que no soy de residencia... Perdona, yo, tampoco» (...) ¡Yo ahora mismo también tengo una cuidadora con mi madre, yo voy a ver a mi madre, todos los días que puedo! Tengo el trabajo a 30 kilómetros de la residencia, pero voy un día entre semana, y voy los fines de semana sin faltar, y voy... vacaciones. Estoy pendiente continuamente, pero hay unos días que yo no puedo ir, porque trabajo. Y tengo una persona que cuida a mi madre, para que la saque a la calle, para que le dé una merienda, un poco diferente, o especial... para que esté pendiente de que... Tengo una persona, también ahora. EF11

4.6. EL CONOCIMIENTO Y USO DE OTROS SERVICIOS

En este aspecto, la conclusión es tan breve como rotunda: en general, se desconocen otros servicios que no sean los prestados por la propia familia o aquellos que ésta supervisa directamente. Hay, sí, en algunos casos vaga noticia de algunas posibilidades...

Pues sí, porque hemos estado mirando, residencias, centros de día, servicios de «respiro» a residencias... bueno con el trabajador social también para... el... la teleasistencia, bueno luego ayudas económicas que dan, bueno todos esos servicios sanitarios... y bueno... más o menos... Ayuda a domicilio, y ya. EF10

Pero por lo general son servicios juzgados como insatisfactorios y a los que en definitiva no se acude pues no cubren —se entiende— los requerimientos de cuidado que exige el anciano dependiente:

La ayuda a domicilio que hay allí, es para cosas muy concretas, que van una hora al día a asear al enfermo, y ese tipo de cosas. A mí eso no me soluciona nada, yo nunca he recurrido a eso, porque a mí no me soluciona nada, para nada. EF6

La asistente social de allí del pueblo, pues sí que mandaba una persona. Simplemente echar una mano, dos horas al día, arreglar la casa y tal. Cuando fue avanzando la enfermedad... Ya no había manera. EF5

En este aspecto también la quiebra de lo cotidiano que supone el acceso a servicios prestados por instituciones públicas —cuidados puntuales realizados por distintas personas— o privadas —acompañamientos esporádicos— no satisface a la familia por cuanto no logra preservar el que a lo largo de este capítulo hemos insistido que era el valor esencial: *cierta rutina cotidiana*, libre de excepciones:

[Antes de tener el servicio de una cuidadora inmigrante] contratamos gente sí, pero mediante... a través de una agencia, para una semana por ejemplo. Y claro era un lío. Normalmente tienes que estar muy encima y cambiando cosas y tal. EF4

4.7. LAS TAREAS ENCOMENDADAS AL CUIDADOR

4.7.1. La peculiaridad del trabajo de cuidador

No es fácil establecer una casuística de las labores que en materia de cuidado desarrollan los inmigrantes: velar por el anciano, acompañar, tareas del hogar, pasear a los animales de la casa, cuidar los niños... O Todo eso, o parte, o sólo una cosa. No es, en efecto, fácil, pues no es ésta una profesión propiamente dicha y no están, por tanto, establecidas con claridad los límites que la separan de otras profesiones (enfermeros, empleados del hogar, niñeras...). La de cuidador de ancianos no es, es verdad, una labor convencional.

Siendo así, limitar el análisis a la descripción de las tareas que se le encomiendan al inmigrante supondría un error: un listado y descripción de estas tareas no agotaría las posibilidades del estudio —nunca se podría ser lo suficientemente exhaustivo como para cubrir todas las labores que desarrollan estas personas—; un listado y descripción de estas tareas no alcanzaría a transmitir la intensidad de un trabajo que, más que fijándose en las labores puntuales en las que se desempeñan, se entiende observando las áreas de responsabilidad que cubre.

Partiendo de estas premisas, se justifica, nuevamente, acudir a nuestra hipótesis y observar la función de cuidador/acompañante con arreglo a la etapa que la familia atraviese en la «trayectoria de la dependencia». La tabla que figura a continuación puede ayudar a tener una primera representación de cuáles son estas áreas de responsabilidad:

TABLA 22

Tareas asumidas por los cuidadores en función de la etapa de la trayectoria de la dependencia

Estado dependencia	Contrato del cuidador	Tareas encomendadas	
Etapa 1: previsión	EF1	Externa (2 personas)	Compañía y asistencia doméstica
	EF12	Por horas	Compañía y asistencia
Etapa 2: transición	EF4	Interna	Compañía y cuidados
	EF5	Externa (2 personas)	Compañía, cuidados y administración
	EF8	Por horas	Compañía y asistencia doméstica
	EF9	Interna (2 personas)	Cuidado integral
Etapa 3: dependencia	EF2	Por horas	Cuidado integral (incluyendo organización hogar)
	EF3	Interna y por horas (2 personas)	Cuidado integral (incluyendo organización hogar)
	EF6	Interna	Cuidado integral (excluida organización hogar)
	EF7	Interna	Cuidado integral (excluida organización hogar)
	EF10	Por horas	Cuidado integral (excluida organización hogar)
	EF11	Interna	Cuidado integral

4.7.2. Primera fase: la presencia discreta de un «acompañante»

Durante la fase de la previsión, cuando la incapacidad es leve y la cotidianidad no se ha visto alterada, mantener las rutinas no es algo que ni la familia ni el anciano en esa situación de incipiente dependencia puedan pensar que sea un imposible: la incapacidad es leve; la enfermedad, de ser diagnosticada como tal, es banal, quizás incluso superable. «Nada grave»:

Mi padre se vale por sí mismo. No, no, muy bien, además él está muy pendiente de todo, y de cabeza está muy bien, que es lo principal. Tiene problemas de huesos y esas cosas. EF6

Apenas, así se entiende, pequeños achaques, síntomas de enfermedades que no se sabe si se agravarán o no pero que, probablemente, exijan de una actitud de cierta *prevención*. De «custodia» hablamos páginas atrás (cf. 4.3.3, «Primera fase: acompañar y custodiar al anciano») al analizar las motivaciones para contratar a un inmigrante en esta primera fase. Ciertamente, es de eso de lo que se trata: *custodiar, vigilar, acompañar*. A eso se reduce el trabajo del inmigrante:

Contraté una persona para venir a dormir, de Algorta. Una chica estupenda, una chica que vivía cerca de casa, con un cariño especial, y lo que hacía era estar con mi padre paseando, para que no se nos... pero paseando de casa, a la iglesia, de la iglesia al supermercado. EF2

Fase, pues, esencialmente tranquila, en la que una nueva figura, el *acompañante esporádico*, irrumpe en la vida de la familia desarrollando, de momento, tareas muy específicas: pasear con el anciano,

quizás hacer algunas comidas, puede que encargarse de algunas pequeñas tareas del hogar. La tabla anterior permite visualizarlo: en las dos entrevistas que hemos realizado y que hemos consignado en la fase de la previsión, aparecen contratos cortos, de externas o por horas, para períodos concretos y sólo para tareas específicas:

Los fines de semana viene una señora ecuatoriana (...). Pero se dedica más a mi madre, porque le dejamos ya comida preparada, la casa no tiene que tocar, ni las ropas, ni la casa; se dedica exclusivamente a mi madre. Le arregla las manos, le arregla el pelo, le da masajitos... Cuidados personales, bueno, la arreglan un poco, salen también, luego comen también (...). Pero se dedica sólo a mi madre, eso el sábado y el domingo. EF8

4.7.3. Segunda fase: el «cuidador» como límite de la quiebra de lo cotidiano

En la segunda fase de la trayectoria de la dependencia, cuando los achaques se hacen *enfermedad* y lo excepcional *crónico*, se comprueba ya que el familiar anciano es presa de males no tan pasajeros como antes se presumía. La normalidad peligra y esa presencia —la del inmigrante— puntual, esporádica, en definitiva, *discreta*, empieza a hacerse visible, o lo que es decir lo mismo: *evidente* y *constante*:

Hace de todo. Sí, todo, comidas... Comer en principio, comer no habíamos pensado en ello, porque mi madre está bien, y mi madre podía realizar esas labores, lo que pasa es que, ha mostrado ese interés, le gusta además ese tema. Luego la contratamos, sobre todo para hacerse cargo de mi padre y bueno... EF7

No es, no obstante, de una manera abrupta que eso sucede, pues, por un tiempo, el inmigrante sigue siendo más un *acompañante* que un *cuidador*. El proceso comienza prolongando los acompañamientos, extendiéndolos, incluso, a momentos y lugares antes vedados por ser propios y exclusivos del ámbito íntimo: la noche, la higiene corporal, los ejercicios de un cuerpo ahora limitado en sus movimientos:

Yo necesitaba una persona que viniera a las 9 de la noche, para que ayudarle a la chica que estaba de 6 a 10, para que entre las dos y yo le ayudásemos a meterle a la cama a mi padre, hacer ejercicios... EF2

Mi abuelo necesita 24 horas de atención (...). La [buscamos] por horas, porque mi abuela está las 24 horas con él. Entonces ella es la que le atiende principalmente, entonces hemos cogido como apoyo, y va tres horas al día. EF10

Son, en cualquier caso, las primeras señales de una quiebra que todavía se manifiesta sin crisis. El cuidador inmigrante, aunque amplifica la magnitud y el alcance de sus tareas, que cubren cada vez más aspectos de la vida del anciano y/o de sus familias, no supera aún las fronteras de lo desconcertante y sólo puntualmente bordea los límites de lo que podría ser interpretado como *promiscuo*, ergo, como algo que quebrante lo cotidiano: la intimidad del cuerpo, los pudores y vergüenzas que convoca el descontrol físico al que pueden conducir algunas enfermedades, la fragilidad de la vejez inoculta-

ble... Aún se desempeñan como *acompañantes* —basta con observar en la tabla que figura anteriormente las modalidades de contratación que dominan en esta fase—, pero ya comienzan a actuar como *cuidadores*.

4.7.4. Tercera fase: la estancia continua del cuidador, garante último de la rutina

El cuidador es ya una realidad en la cotidianidad de las familias y de los ancianos cuando la enfermedad de éstos alcanza extremos que hacen evidente la realidad de la dependencia, su cuasi-irreversibilidad. En ese contexto, la presencia del *cuidador* es ya permanente pues lo es también la necesidad de sus servicios. Pues, ciertamente, en esta fase, el cuidador ya no puede ser interpretado como alguien que desarrolla tareas puntuales más o menos intensas sino como quien realmente regenta la vivienda —si no la vida— del anciano dependiente:

Todo, hace la casa. Mi padre ahora que sale ya menos, hace el supermercado, le hace la comida, le saca el perro... EF1

Hay dos, porque una es de domingo a viernes y la otra es desde viernes... el fin de semana (...). Dos personas, 24 horas, es que es todo el día. Se encargan de la casa, la limpieza y luego pues el trato con ella, todo (...). Ellas hacen todo el trabajo. EF3

Las 24 horas del día, está interna. Está de lunes a viernes, y luego el fin de semana viene su hermano, y ella vuelve el lunes, pero hasta este año se ocupaba ella toda la semana, de lunes a domingo (...). Se encarga de todo, de llevar la casa y de atender... EF9

Lavaba, planchaba, hacía los recados (...). Ella hacía las compras, las traía... Vamos, ella llevó nuestra casa. EF11

La dimensión de la discapacidad sirve de justificante; la ruptura radical de la cotidianidad aparece como la razón última (cf. 4.3.5, «Tercera fase: detener la ruptura de la cotidianidad»). En todo caso, la familia termina delegando en la inmigrante toda la responsabilidad sobre el anciano: la tarea —tal y como figura en la tabla anterior— es una, el cuidado integral, lo que incluye labores de administración, de más responsabilidad y alcance cuanto más lejos espacialmente esté el anciano de su familia:

Nosotros no nos metemos. «Entre las dos [cuidadoras] tenéis que hacerlo, os coordináis como queráis las dos». Tenemos confianza en ellas. EF5

Mi madre han sabido llevarla. También les hemos dicho: «Tú dile a todo que sí, sí, señora, y luego... (...). Vosotros estar un poquito encima y me vais diciendo a mí». Aunque mi madre lleva ciertas cosas y hace las compras y tal... ellas siempre detrás viendo las carencias que pueda haber. EF5

Asumen, pues, todas las tareas. El cuidado es integral; gracias a ello, el cuidador inmigrante desarrolla tareas que trascienden con mucho sus labores puntuales: es la garantía última, si no ya del mantenimiento de las viejas rutinas, sí al menos del establecimiento de algunas nuevas, pues su presencia permite hacer planes, establecer horarios, coordinar tareas:

El plan era, con esta chica, «tú estas con ella a la mañana, arreglas un poco la casita, que es chiquitina, coméis juntas, y luego a la tarde mi madre se va, tú te vas donde quieres, y la noche tú estas otra vez, a las 8 o las 9, tú estas ahí y haces la cena y duermes allí». Entonces así ha sido durante tres años y pico. EF4

La de la mañana, no sé a qué hora llega, sobre las 9 y está aquí en casa, con mi padre, está también con mi madre atenta para que haga la comida, o la hacen ellas. Luego la de la noche, pues... bueno, en principio teníamos hasta tres, otra persona venía de 5 a 7 y sacaba a pasear al abuelo, para que la que estaba por la mañana descansara y luego ya se lo dejaba a la que venía de noche (...). Una es durante todo el día, y luego viene la otra a las 8 y ya está hasta las 8 de la mañana. EF5

4.8. VALORACIÓN DEL RECURSO A LOS CUIDADORES INMIGRANTES

4.8.1. Un recurso inevitable e insustituible

Hay, si cabe, una conclusión compartida y ampliamente consensuada entre todas las personas a las que hemos entrevistado: el cuidado de los ancianos en situación de dependencia sería, sea cual sea la fase que observemos dentro de la trayectoria de la dependencia, absolutamente imposible si no se dispusiese de la posibilidad de contar con el servicio de los inmigrantes:

Mi madre, por ejemplo, dice que no quiere una residencia, pero si no hubiese habido personas de estas inmigrantes, ¿qué haces? No hay dos personas. Si hubiesen sido de aquí, dos personas ya que hubiesen tenido sus estudios y tal, no lo hacemos por medio millón de pesetas. Porque también las residencias están... por las nubes (...). Mi madre, mientras siga así dice que prefiere tener a alguien en casa. EF5

Esto [los cuidadores inmigrantes] es el futuro en todo lo que se relaciona con gente mayor. En todo el mundo va a seguir existiendo, la gente trabaja, entonces necesitan que alguien les atienda, y esto a corto plazo, no veo que... Esto va a seguir adelante. Por muchos centros de día que pongan, por muchas residencias que pongan, pues, habrá un sector de gente que no tenga posibilidades de acceder... EF11

Servicio imprescindible; insustituible, además: ninguna otra institución puede desarrollar sus tareas. Partiendo de esa base común, la valoración de este recurso no pasa, en ningún caso, por su sustitución por otro de mejores características, sino, en todo caso, por su complementación con los servicios prestados por las instituciones con competencias en el área de Bienestar Social:

Es mejor una comunicación de varios servicios, si se puede, cuantos más servicios mejor. Nosotros buscamos también una persona que fuese, por ejemplo, auxiliar de clínica, pero no están dispuestas a ir sólo tres horas al día, por ejemplo. Quieren media jornada, o jornada completa. EF10

4.8.2. Hacer visible lo evidente

Siendo así, esto es, asumida su necesidad, las valoraciones del trabajo de los inmigrantes van desde aquellas —la mayor parte de las personas entrevistadas, de hecho— que demandan mayores facilidades para la contratación de estas personas en condiciones de mínima regularización...

Acudimos todos por amistades y, claro está, funcionan bien, ¿eh? Son honradas por regla general, pero siempre te dan más garantía que vengan respaldadas por un organismo, claro, por una institución o por algo. Y ellas mismas tendrían sus sueldos, seguridad social. EF8

...hasta los que constatan la necesidad de hacer legal lo que ahora no lo es y de visibilizar administrativamente un servicio que no por irregular deja de ser socialmente tan visible como necesario:

Está claro que hay una hipocresía política, de tres pares de narices. Es decir, el 90% de los ancianos, nos los están cuidando gente que bueno... que algunos tienen permiso de trabajo y se les pueden contratar, pero la mayoría están sumergidos. En el pueblo hay mucha gente que traen a cuñados, traen hermanos y tal. Incluso no sé si van a poder conseguir, tal y como está la ley de extranjería, nunca el permiso de trabajo, y siguen trabajando. Y bueno... si lo sabemos nosotros, también lo sabrán las autoridades. Entonces yo no sé por qué los gobiernos no deciden, qué necesidades hay, bueno no sé si lo sabrán por «cupo», hablando con los gobiernos y que vengan ya como Dios manda, porque, ¿qué hacemos con todos estos ancianos?, no hay residencias. EF5

4.8.3. La diferencia cultural

Debemos finalmente reseñar la importante presencia que en la relación entre inmigrantes y familias tienen los estereotipos que los segundos manejan acerca de las primeras. Ciertamente, los calificativos aplicados a las inmigrantes sostienen la relación con ellas y lo hacen en un extraño balanceo que va desde la más extrema de las desconfianzas hasta la mayor de las consideraciones. Del lado de lo primero, el riesgo de la desimplicación; o lo que es lo mismo, el miedo a la *espantada* y a lo que eso implicaría: romper la rutina conseguida con la presencia del cuidador:

Son gente que tampoco quiere estar mucho tiempo. EF1

El problema de esta gente, bueno aparte de las que vienen aquí, vienen con un montón de problemas ya, que dejan en su país, hijos... en fin. A la que no se pone enfermo un hijo, se le muere el padre, que el padre está cuidando a sus hijos, en fin. Te digo porque yo todo eso lo he tenido. Entonces, el problema que tiene esta gente es que de buenas a primeras se va (...). Esa es la informalidad total que tienen. EF6

Yo esta gente les veo que tienes una inseguridad con ellos terrible. EF6

Ten en cuenta que muchísima gente de ésta vienen aquí intentando... a ver si se casan y ya solucionan el problema. EF6

No obstante, la suavidad en el trato parece, de tan repetido, un valor garantizado, lo que sirve por lo general para compensar otras posibles desconfianzas por cuanto genera una poderosa estereotipia que, a la postre, termina por actuar como salvaguarda de las cuidadoras inmigrantes, definidas, gracias a una tupida red de calificativos, como «las cuidadoras ideales». Pues ciertamente, la relación con los inmigrantes está rodeada y protegida por una gruesa capa de estereotipos, la mayor parte de ellos apuntando a la aptitud de la que culturalmente parecen ser portadoras, lo que tiene como rasgos desde un cierto «saber hacer» y «saber estar»...

Ha sido una chica que siempre ha sabido comportarse muy bien. Ha sabido estar en su lugar, o sea, al principio fue una chica discreta, luego cuando el trato ya empezó a ser más familiar, porque bueno, hemos mantenido una buena relación con ella, y ha empezado a ser un trato más familiar, pues yo qué sé, te venía una visita de fuera, sabía estar, o sea, ha sido una chica fenomenal. EF7

...hasta una genérica presunción de capacidad para el cuidado de las personas necesitadas de él: «paciencia», «competencia», «cariño», «bondad», «docilidad»... son algunos de los rasgos que se les atribuyen, de lejos suficientes para compensar los posibles desmanes producto de la gama contraria de calificativos: «impuntualidad», «informalidad»...

Tienen un trato admirable, con ella personalmente, la tratan con un cariño. No sé si es por el carácter de ellas (...). Ellas son muy abiertas. EF3

La boliviana que ha trabajado en el campo, es mucho más dócil. EF1

Normalmente es gente muy educada. Es amabilísima, encantadora. EF1

Son muy buenas ellas, lo que es para... a la hora de atender a personas mayores, tienen más paciencia que nosotros. EF5

Son muy cariñosos, tienen tanta paciencia, son cariñosas, no se ponen nerviosas, pues si hay que hacerles algo, o esto, nada, les acarician, les besan, les hablan mucho: «¡Venga, abuelo, vamos!». Y tú vas el fin de semana, y quieres hacerlo más deprisa, porque quieres sacarles a pasear, ellas ya... Yo cuando voy, que voy con la mujer, entre los dos, antes de traer la grúa, levantamos al abuelo, pero tú sabes... ¿Cómo consiguen coger al abuelo de la cama y...? Pues ella le cogía: «También le digo a tu ama que venga un poquito, le cogemos las dos de la cintura del pantalón, lo bajamos...». EF5

El trato [de esta gente] para las personas mayores en concreto, que ¡bueno!... es exquisito. EF7

Muy cariñosas, muy atentas. EF10

4.9. LISTADO DE ENTREVISTAS A FAMILIARES

Véase la Tabla 23.

TABLA 23

Listado de entrevistas a familiares. CAPV

Tipo discapacidad	Cuidados requeridos	Convivencia familiar	Economía familiar	Redes de intermediación	País origen cuidador	Formación del cuidador	Tipo contrato del cuidador	Situación	Coste	Otros recursos
EF1	Problemas de movilidad asociados a la vejez	Casa propia; misma ciudad familiares	Media-alta	Hermanas de María Inmaculada	Colombia	No	Externa (2 personas)	Irregular seguro privado	700 €/mes y	Sólo cuidador
EF2	Demencia senil	Misma casa familiares	Media-alta	Parroquia barrio	Ecuador	No	Por horas	Irregular	600€/mes	Cuidador y familiares
EF3	Invalidez absoluta	Casa propia; misma ciudad familiares	Media-baja	Servicios sociales del Ayuntamiento de Bilbao	Colombia	No	Interna y por horas (2 personas)	Regularizado	900€/mes y seg. social 500€/mes (por horas)	Cuidador y asistencia social esporádica
EF4	Alzheimer incipiente	Casa propia; misma ciudad familiares	Media-alta	Parroquia barrio	Colombia	No	Interna	Regularizado	700€/mes y seg. social	Sólo cuidador y puntualmente servicio de acompañamiento
EF5	Pareja: Alzheimer y problemas asociados a la vejez	Casa propia; población lejana a familiares (200 Km.)	Media-alta	Boca a boca (vecinos)	Ecuador	No	Externa (2 personas)	Regularizado	975€/mes y seg. social 300€/mes (externa)	Cuidador y asistencia social esporádica
EF6	Pareja: Invalidez absoluta y problemas asociados a la vejez	Casa propia; población lejana a familiares	Media-baja	Agencia de colocación	Ecuador	No	Interna	Regularizado	700€/mes y seg. social	Sólo cuidador y familia

TABLA 23 (continuación)

Tipo discapacidad	Cuidados requeridos	Convivencia familiar	Economía familiar	Redes de intermediación	País origen cuidador	Formación del cuidador	Tipo contrato del cuidador	Situación	Coste	Otros recursos
EF7	Pareja; Invalidez absoluta y problemas asociados a la vejez	Casa propia; misma ciudad familiares	Media-alta	Cáritas	Ecuador	No	Interna	Irregular	775€/mes	Sólo cuidador
EF8	Problemas de movilidad asociados a la vejez	Casa propia; misma ciudad familiares	Media-alta	Cáritas	Ecuador	Sí	Por horas	Regularizado	90€/semana servicio	Cuidador y doméstico
EF9	Problemas de movilidad asociados a la vejez	Casa propia; misma ciudad familiares	Alta	Agencia de Asistencia a domicilio	Ecuador	No	Interna (2 personas)	Regularizado	725€/mes	Sólo cuidador
EF10	Paraplejía	Casa propia; misma ciudad familiares	Media-baja	Anuncios prensa	Brasil	No	Por horas	Regularizado	950€/mes	Cuidador y familiares
EF11	Hemorragia cerebral	Misma casa familiares	Media-baja	Agencia de asistencia a domicilio	Colombia	No	Interna	Regularizado	725€/mes	Cuidador y familiares
EF12	Problemas de movilidad asociados a la vejez	Misma casa familiares	Media-alta	Redes de confianza	Rumanía	No	Por horas	Regularizado	–	Cuidador y familiares

5. CONCLUSIONES DE LA CAPV

5.1. CONCLUSIONES SOBRE LAS ENTREVISTAS A INFORMADORES RELEVANTES

Nos encontramos ante un mercado, el de la atención domiciliaria y cuidado de personas mayores dependientes por parte de población inmigrante en la Comunidad Autónoma del País Vasco, aún no saturado, con un alto grado de movilidad en cuanto a los cuidadores, no reglamentado en cuanto a la legalidad de sus prácticas pero que, sin embargo, presenta ya claras tendencias a la estabilización en lo que concierne a:

- 1) El **perfil** de las emigrantes que se hacen cargo del cuidado (mujeres; latinoamericanas; recién llegadas si son internas; con más de dos años de residencia si son externas; sin papeles).
- 2) Los **ciclos temporales** (una suerte de rotación, de manera que las recién llegadas se desempeñan como internas y transcurrido cierto tiempo transfiere su empleo a otra, asumiendo ella labores menos exigentes).
- 3) Los **canales de contacto** entre las dos partes que lo integran, organizados de acuerdo a una estructura que bien podría ser calificada como «dual».

En cuanto a esto último, la **estructura de la red de mediaciones** de este mercado en la Comunidad Autónoma del País Vasco merece —probablemente como en el resto del Estado— ese adjetivo, *dual*. Es ese, en efecto, su trazo más característico: la convivencia, no siempre crítica y con una tendencia cierta a estabilizarse, entre dos *estructuras paralelas*, una legal, visible, regularizada, formalizada, vehiculada por las instituciones; otra irregular, invisible, desreglada jurídicamente pero tendiendo a reglamentarse, al menos si atendemos a la regularidad que caracteriza a los canales sociales por los que se conduce, por muy informales que estos a priori puedan parecer.

Esta dualidad se traduce en dos mercados de estructuras bien distintas y esta situación que determina las líneas de actuación de todas las instituciones consultadas:

- 1) Todas ellas nos señalan que hacen su labor de mediación *o bien* en el mercado regulado (Administración pública, empresas de intermediación laboral, empresas que prestan servicios de ayuda a domicilio, organismos de carácter asistencial de ámbito general y vinculados a la situación de la inmigración, asociaciones de familiares de afectados, organismos de carácter asistencial vinculados a la Iglesia), *o bien* en el no reglamentado (asociaciones de inmigrantes, organismos de carácter asistencial vinculados a la Iglesia).
- 2) La propia Administración asume *de facto* esa dualidad, si bien, en lugar de afrontar directamente la gestión del mercado no reglamentado transfiere la misma a quienes sí parecen estar en condiciones de introducirse en él.
- 3) Sólo la red de atención social de la Iglesia parece capacitada para desplegar su tarea en ambos mercados, lo que probablemente explique su hegemonía en este terreno en lo que a la CAPV se refiere.

Más allá de su dualidad, otras dos características parece presentar este mercado en la CAPV. De una parte, una cierta tolerancia de las autoridades autonómicas con respecto a la inmigración, lo que ha

permitido a ésta acceder con menos restricciones que en otras regiones del Estado a la cobertura de servicios sociales de esta comunidad, e, incluso, a las ayudas destinadas a paliar las situaciones de carestía. En este sentido, podría afirmarse que son estas las condiciones que han posibilitado el desarrollo sin excesivas trabas del mercado que describimos en este capítulo. Por otra parte, la segunda característica de la CAPV parecería encontrarse en el hecho de que este mercado ha encontrado en redes sociales tradicionales canales por donde conducirse. En concreto, la fuerte presencia de la Iglesia en el territorio de la CAPV ha servido como conductor y comunicador entre la oferta y la demanda de servicios de cuidado. No deja esto, por otra parte, de indicar la siempre sorprendente capacidad de la Iglesia de adaptar sus viejas estructuras —como la que tenía formada para la gestión del servicio doméstico— para funcionar ahora con este fenómeno. En este mismo sentido, la precisión con la que esta institución ha leído este mercado —su naturaleza dual: dos redes paralelas, una formal, otra informal— le ha permitido afrontar su gestión desdoblado su estructura y poniendo una parte de ella al servicio del mercado formal y regular, y otra parte al del que no lo está. En este sentido, podríamos decir que la estructura de la Iglesia ha sabido moverse en el territorio medio, entre la *formalidad* y las *redes invisibles*.

Es quizás esta última —la de las redes informales— la zona que requeriría una mayor profundización en fases posteriores de este estudio, por su importancia tanto cuantitativa como cualitativa, y ello tanto en las ciudades grandes y medias, como en las zonas rurales, sobre todo de Navarra y Álava, en las que nuestra investigación apenas ha podido profundizar.

5.2. CONCLUSIONES SOBRE LAS ENTREVISTAS A CUIDADORES

Sobre la forma de contacto con la persona cuidada. En la CAPV las redes mediante las que los inmigrantes buscan trabajo remitían a dos canales: el ámbito de los círculos de relaciones personales, fundamentalmente familiares y amigos, y la amplia red de asociaciones y lugares donde está presente la Iglesia católica: parroquias, Cáritas y algunas órdenes religiosas que se han especializado funcionalmente en la atención a las necesidades de las personas inmigrantes. Dado su escaso desarrollo, el mundo asociativo de los inmigrantes, en comparación con lo que sucede en otras comunidades con mayor tradición de recepción de inmigrantes, no parece desempeñar un rol relevante entre oferta de trabajo y demanda de empleo.

Sobre los motivos por los que desarrollan este tipo de actividades. La razón fundamental por la que los inmigrantes se encuentran realizando tareas de cuidado a personas mayores es la económica. Esta visión instrumental del trabajo emana de la condición de inmigrantes o, mejor dicho, de la condición de malestar económico que les ha impulsado a la emigración. Varios testimonios mencionan el dinero, lo económico, pagar deudas, la vivienda, vivir o «la vida que viene te exige tener dinero» como justificación de su estancia en este sector de actividad.

Sobre las actividades de cuidado que realizan. Las actividades que desempeñan las personas que cuidan a mayores son muy diversas. Intentaremos ordenarlas en una pequeña tipología provisional. Lo importante es que para entender el funcionamiento de las actividades hay que tener también en cuenta el tipo de convivencia familiar y la posible presencia de otros cuidadores, puesto que existe

una división del trabajo entre familia/cuidador cuando hay una convivencia con familiares o entre varios cuidadores cuando los mayores viven solos.

Un primer grupo de cuidados consisten en acompañar, ayudar en el aseo, dar comidas, administrar medicinas y salir a la calle, incluso dar algún masaje. Un segundo grupo podría estar compuesto por aquellos cuidadores que además de realizar este tipo de tareas llevan a cabo las actividades de limpieza y cuidado de la casa, y también pequeños cuidados físicos. Las personas cuidadoras que tienen que hacerlo todo, pues el grado de dependencia del mayor o mayores es muy elevado.

El cuidado de una persona inmigrante no siempre es suficiente, por lo que con frecuencia las familias se ven en la necesidad de recurrir a varios cuidadores o acompañantes que se vayan turnando a lo largo del día y de la noche, sobre todo en aquellos casos en los que las personas mayores necesitan de una atención continuada y permanente.

En ciertos casos las tareas se reparten entre los cuidadores y aquellos familiares que conviven con el mayor. Habitualmente, son las hijas/hijos o algún familiar próximo (hermana) los que solicitan el apoyo de un cuidador inmigrante para las tareas que ellos no pueden realizar personalmente o para la atención en los momentos en que se ausentan por motivos profesionales.

Sobre la formación en conocimientos para el cuidado del mayor dependiente. La formación que los cuidadores de personas mayores entrevistados tienen no es una cualificación específica. En muy pocos casos los cuidadores poseen una formación previa para el trabajo que realizan. En casi todos los cuidadores entrevistados encontramos personas con experiencia laboral previa. Personas que han aprendido «el oficio» mediante la práctica. La experiencia posibilita situaciones en las que se produce una socialización de los cuidadores en la atención a personas mayores dependientes mediante la transmisión de conocimiento experto por parte de familiares, de personal técnico sanitario o de familiares médicos. Lo más frecuente es encontrarse con cuidadores que ya poseen una amplia experiencia en la atención a personas mayores, bien porque cuando llegaron a España ya contaban con conocimientos previos, adquiridos en Perú y Ecuador, bien porque la trayectoria laboral seguida aquí les ha ido capacitando profesionalmente para este tipo de atención.

Sobre las relaciones con la familia del mayor. La mayoría de las personas cuidadoras entrevistadas se muestran satisfechas de la relación con los familiares de los mayores que cuidan. La delegación de buena parte de la responsabilidad en el cuidador por parte de los familiares también es frecuente, sobre todo en los casos en los que las personas mayores viven solas y los familiares en otro domicilio, aunque se ejerce una supervisión y monitorización constante (casi diaria) de la situación general. Algunas situaciones de enfermedad, pérdida de salud o deterioro general de los mayores repercuten en la condición anímica de los familiares más próximos. Sobre todo para los que conviven diariamente con sus mayores se producen situaciones de cansancio, estrés, «desesperación», agotamiento, etc., que requieren una cierta atención.

Sobre las condiciones de trabajo y grado de satisfacción/insatisfacción. Si las personas mayores, en general, suscitan comentarios positivos por parte de sus cuidadoras, no sucede lo mismo cuando se les pregunta por sus condiciones de trabajo. Todas las insuficiencias y todas las discriminaciones se dan cita en este sector de actividad. A ello contribuye, sin duda, la falta de regulación jurídica de los límites

de las relaciones entre empleador y empleado del servicio doméstico, con áreas sujetas a interpretaciones subjetivas que rozan la arbitrariedad y el abuso. Así, no es infrecuente encontrar testimonios que dejan entrever abiertamente insatisfacción por las condiciones generales del trabajo y el deseo de cambiar. Las protestas más frecuentes en cuanto a las condiciones de trabajo se refieren a la baja o escasa remuneración, sobre todo en comparación con otras personas que desarrollan su actividad en el mismo sector, el excesivo número de horas de trabajo y la ausencia de días de descanso semanal.

No es infrecuente encontrar cuidadoras que además de esta actividad desarrollan otros trabajos por horas, simultaneando dos o más, en ocasiones durante los fines de semana o por las noches. Si exceptuamos las cuidadoras que están trabajando unas pocas horas al día, la jornada laboral media de una cuidadora externa supera las 40 horas. Estas condiciones de trabajo, entre las que es frecuente encontrar largas jornadas de trabajo, falta de regulación y bajos salarios, son importantes a la hora de responder afirmativamente al deseo de cambio de trabajo, preferentemente en otro sector de actividad.

Amigos, familiares o conocidos dan el primer apoyo cuando el inmigrante llega, e incluso es, en parte, responsable de la decisión de abandonar el país para emigrar. Los primeros momentos suelen estar llenos de dificultades y de empleos que se van encadenando. Una de las dificultades más señaladas por los cuidadores entrevistados es la lejanía de la familia, la separación de los cónyuges, de los hijos, de los parientes más cercanos, que añade sufrimiento a la situación del inmigrante, pero que ayuda a explicar que se soporten situaciones de abuso o, incluso, llegue a compensar, en el sentido de aceptar desde una lógica de racionalidad instrumental, determinadas insatisfacciones con las condiciones de trabajo.

Sobre las expectativas de futuro: la regularización y el retorno. Los inmigrantes han llegado buscando una nueva oportunidad vital de la que carecían en sus países de origen. Son conscientes de que han venido para trabajar y poder optar a una existencia digna. Pero el mayor problema con el que se encuentran es la carencia de permiso de trabajo. La legislación en vigor no ayuda a resolver sus dificultades si no que las acrecienta, confinando a muchos trabajadores en el mercado irregular, en condiciones de precariedad que les empuja a aceptar empleos que de otra forma rechazarían.

La existencia de una estructura dual, regular e irregular, no implica que actúen como mundos completamente separados. Al contrario, estas estructuras se interfieren y, en numerosas ocasiones, la experiencia previa adquirida de forma irregular se convierte en estructura de plausibilidad para dar el salto a la regularización. Desde el punto de vista práctico, varias posibilidades se abren ante esta situación: *a)* mejorar la formación de las personas que se encuentran desarrollando su actividad en el cuidado a personas mayores en el mercado irregular para dotarles de mayor capacitación; *b)* regular las condiciones de trabajo mínimas y razonables para evitar, en parte, las situaciones de abuso y explotación; *c)* intentar vías para que formación y regulación conduzcan a la emergencia de un sector necesario para el mantenimiento de un servicio que el Estado de bienestar no se encuentra en condiciones de proporcionar a unos ciudadanos que, sin embargo, necesitan de dichos recursos.

Es esta una situación que aunque invisible durante algún tiempo va adquiriendo mayor visibilidad. Es, al mismo tiempo, una oportunidad de resolver varios problemas que se dan cita aquí: inmigrantes sin permiso de trabajo, insuficiente capacitación profesional, ayuda a las necesidades de las familias en relación con el cuidado de los mayores e insuficiencia de recursos de las Administraciones públicas para abordar una demanda social en expansión.

Un factor fundamental para entender la perspectiva de futuro de los inmigrantes tiene que ver con su situación familiar. Si exceptuamos el caso del cuidador peruano, que tiene toda su familia aquí, esposa e hijos, todas las demás personas entrevistadas envían periódicamente dinero a su país. Únicamente dos cuidadores manifiestan tener deudas pendientes en su país de origen. Siete de las cuidadoras entrevistadas tienen su familia más próxima aquí, mientras que cinco la tienen allí. En este grupo, el deseo de reagrupamiento aquí es muy fuerte; dependiendo de la situación económica y laboral manifiestan su intención de una próxima reagrupación aquí, sobre todo, en el caso de las mujeres con hijos. También ha sorprendido a estos investigadores que salvo en un caso, una mujer ecuatoriana con dos hijos en Ecuador que declara no desear traerlos aquí y volver en el futuro inmediato a su país, todas las demás personas entrevistadas desean no volver, salvo de visita, y quedarse definitivamente en España.

5.3. CONCLUSIONES SOBRE LAS ENTREVISTAS A FAMILIARES: ANÁLISIS DINÁMICO DE LA DEPENDENCIA

Con el análisis del discurso de las familias estructurado en torno al concepto de «trayectoria de la dependencia» y en torno a las características asociadas a cada etapa de ésta, hemos procurado suministrar algunas pistas que permitiesen realizar una lectura dinámica de las relaciones entre cuidadores y ancianos dependientes.

De ese esfuerzo, la tabla siguiente es un resumen:

TABLA 24

La trayectoria de la dependencia

	Etapa 1: previsión	Etapa 2: transición	Etapa 3: dependencia
Características del anciano cuidado	Dolencias leves; movilidad reducida	Dolencias de previsible agravamiento; quiebra de las rutinas	Dolencias graves; sin movilidad
Motivaciones para acceder a este servicio	Buena compañía y accesible	Descarga de responsabilidad	Único recurso
Redes de contacto	De confianza	De confianza	De confianza
Intensidad de las relaciones con los familiares y responsabilidad asumida por la familia	Presencia puntual esporádica	Supervisión y presencia asidua	Supervisión y presencia
Tipo de recursos contratados	Cuidadores	Cuidadores y familia	Cuidadores y familia
Tipo de cuidadores	Externos o por horas	Internos	Internos y externos
Números de cuidadores	Uno por horas	Uno interno	Uno interno / dos [o más] por horas
Tipo e intensidad de las tareas encomendadas al cuidador	Compañía, asistencia doméstica. Sin responsabilidad en la organización del hogar	Compañía, asistencia doméstica y algunos cuidados de organización	Cuidado integral; todas las tareas domésticas; responsabilidades
Valoración del recurso a los cuidadores inmigrante	Provisionalidad: falta profesionalidad	Imprescindible pero mejorable con el acceso (posible) a otros servicios	Imprescindible con supervisión

Lo ajustado de la hipótesis de acuerdo a la que las distintas etapas de la trayectoria de la dependencia eran la referencia que estructuraba los discursos puede apreciarse atendiendo a las siguientes conclusiones:

- 1) En lo referido a los primeros momentos de esa dependencia, nos encontramos con cuidados esporádicos y accesorios: no superan la compañía y en todo caso algunas tareas de asistencia doméstica.
- 2) Los cuidados se convierten en algo regular durante la segunda fase de la dependencia, cuando los problemas se agravan. Entonces, la compañía y la asistencia requiere de un salto si no cualitativo sí cuantitativo —más servicios de internas, más horas de contrato— que anuncia lo inminente de cambios mayores. No es éste, sin embargo, un período más que de «quiebra sin crisis», lo que determina la actitud y el discurso de las familias sobre el servicio del cuidado y también condiciona la cantidad y calidad de las tareas que asume éste.
- 3) Finalmente, en la tercera fase de la dependencia, esa en la que la ésta se hace extrema, el cuidador es ya parte inseparable del paisaje cotidiano de las familias: internas de larga duración cuyas tareas van mucho más allá de la asistencia puntual o del acompañamiento esporádico. Son situaciones de gran dureza, en las que lo cotidiano sufre rupturas radicales y la familia delega el cuidado en el inmigrante, que es ya integral. A partir de ese momento, el proceso no se detiene: reducción de la autonomía, cambio en las rutinas, presencia de extraños... La entrada en la situación de dependencia reestructura lo esencial de la vida del anciano y de sus familiares.

Esta que antecede representa la secuencia de la dependencia: de la *normalidad* con alteraciones a la *enfermedad crónica*; de la *enfermedad crónica* pero no grave a la *medicalización* del lenguaje y la vida cotidiana. Con ella, la aparición de la figura del *inmigrante* cuidador, de la mano de la cual en el universo familiar emerge cierto discurso: el de la *reestructuración de la vida cotidiana* que es también —y paradójicamente— el discurso del esfuerzo por *mantener la integridad de esa cotidianidad*; esto es, que es el discurso del esfuerzo por conservar lo más intacta posible la rutina familiar.

Este imaginario estructura no ya sólo la manera de imaginar este fenómeno en las familias implicadas en él, sino también: sus motivaciones a la hora de contratar el servicio de un inmigrante cuidador —no alterar la cotidianidad, ni la del anciano ni la de los familiares—; el tipo de servicios y la intensidad del recurso a los mismos en cada fase de la trayectoria de la dependencia —progresivamente más presentes en el espacio-tiempo diario del anciano y de la familia: primero por horas, luego internos; primero compañía, luego cuidado integral—; y las tareas que desarrollan las familias —de la simple presencia puntual a la supervisión continuada— y los inmigrantes —de la presencia discontinua y discreta del *acompañante* a la estancia continua y constante del *cuidador*.

5.4. CONSIDERACIONES FINALES

El cuidado de mayores dependientes por personas inmigrantes en la Comunidad Autónoma del País Vasco se articula en torno a la intersección de tres ejes: el proyecto o trayectoria laboral del inmigrante, su proyecto migratorio a corto plazo y las etapas en la evolución de la dependencia de los mayores. La implicación y grado de apoyo de los familiares/allegados de la persona dependiente,

junto con el contexto socioeconómico y los servicios públicos y privados disponibles para la atención a las personas mayores dependientes son los factores condicionantes de la necesidad y búsqueda de otros recursos.

A pesar de que la CAPV dispone de un nivel de desarrollo de los servicios públicos de atención a los mayores dependientes superior al de otras comunidades autónomas, el incremento de las situaciones de dependencia experimentado en los últimos años lo convierte en insuficiente. La existencia de una demanda insatisfecha por el Estado de bienestar sólo puede subsanarse mediante el recurso a medios privados alternativos, familiares en primer lugar. Pero los recursos económicos familiares son limitados, aunque el nivel medio de ingresos familiares —incluidas las pensiones— son ligeramente superiores a las existentes en el resto de España. Lo contrario sucede con los recursos humanos, pues la extensión de la actividad económica y, sobre todo, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, hace más compleja la tarea de compatibilizar vida laboral y familiar.

Como nos indican los datos sobre utilización del tiempo, son las mujeres las que más tiempo dedican en la familia al cuidado de otras personas: una media de una hora diaria (el triple que la dedicación de los varones), al tiempo que es una de las actividades a las que desearían dedicar más tiempo. La incorporación de la mujer al mercado de trabajo que hemos señalado en la primera parte, hace más difícil, sin embargo, acceder a un recurso tan escaso como es su tiempo, y del que tradicionalmente venían disponiendo los otros miembros de la familia para garantizar la reproducción social, individual y familiar. Pese a ello, en las entrevistas aparece claramente que son las mujeres de la familia —esposas, hijas— las que más implicadas están en el cuidado a personas mayores dependientes, directamente o como supervisoras. Su papel, así como el régimen de convivencia de los mayores dependientes que hemos analizado en el último apartado, nos ha llevado a elaborar ese modelo sobre las etapas de la dependencia que condiciona la definición de la situación y el posible recurso al apoyo externo por parte de las familias.

Desde el punto de vista de los cuidadores, trabajo y proyecto migratorio —que pasa en muchos casos por el reagrupamiento familiar—, son los factores clave para la estructuración de un nicho laboral que permita un proceso de inserción social no pasajero. La mayoría de las personas entrevistadas nos han manifestado que su proyecto migratorio no pasa por volver a su país de origen, por lo que la realización de sus expectativas futuras depende, en gran medida, de su proceso de inserción laboral y de las condiciones en que se realice. La dificultad estriba en que para la mayoría, ni en los momentos previos al trabajo actual cuando estaban trabajando en su país ni en momentos posteriores al actual, esta actividad forma parte de su imaginario. Únicamente la experiencia adquirida desde la llegada a España o al País Vasco y el momento presente sitúan a muchas de las personas inmigrantes cuidadoras en la atención a mayores.

Fundamentalmente por las condiciones de trabajo y contratación, por la motivación y por la cualificación previa, el deseo de cambio está ampliamente presente. A pesar de estas dificultades, los trabajadores inmigrantes contribuyen a desempeñar una actividad y cubrir una serie de necesidades de atención y cuidado a personas mayores dependientes que ni los servicios de las Administraciones públicas del Estado de bienestar ni los esfuerzos de aquellos que constituyen la red de relaciones afectivas y familiares de los mayores pueden atender de manera satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV., *V Informe sociológico sobre la situación social en España*, FOESSA, Madrid, 1997.
- ABELLÁN, A. (2002), «Longevidad y estado de salud», en: *Informe 2002*, Observatorio del Mayor, IMSERSO, Madrid, Vol. I, pp. 122.
- ALARCÓN, A., Gibert, F., Parella, S., Ribas N. (2000) «Políticas de formación para mujeres inmigrantes. El caso de la ciudad de Barcelona». *Papers*, 60, 2000, pp. 365-379».
- ALBERDI, I. (1999), *La nueva familia española*, Madrid. Taurus.
- ALGADO, M. T., BASTERRA, A., GARRIGÓS, J. L. (1997), «El enfermo de Alzheimer y sus cuidados. Una perspectiva sociológica cualitativa». *Rev. Gerontología*, 7: 241-245.
- ARIÑO, A. et al. (2002), *La inmigración en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat Valenciana (pendiente de publicación).
- ARNEDO, E., y otros (2002), «No da más de sí», *El País*, 9 de noviembre de 2002.
- ARREGI, B., y M.ª I. LARRAÑAGA (2000), «Población», en *Panorama social de la C.A. de Euskadi*, Vitoria-Gasteiz, Instituto Vasco de Estadística.
- ASISPA (Asociación Servicio Integral Sectorial para Ancianos), *Memoria 1980-2000*.
- ASOCIACIÓN MADRID PUERTA ABIERTA, Programa municipal «Interculturalidad en Alcobendas», Madrid, 2002.
- AYUNTAMIENTO DE MADRID, Padrón Municipal de la ciudad de Madrid, 2003 (explotación propia sobre la población extranjera en el conjunto de la ciudad y en los distritos de Tetuán, Moncloa-Aravaca y Villaverde).
- BAZO, M. T. (1990), *La sociedad anciana*, Madrid, CIS.
- BECATTINI, G., «Los distritos industriales y el reciente desarrollo italiano», en *Sociología del Trabajo*, núm. 5, 1988, pp. 3-19.
- BERJANO, E. (2002), «El envejecimiento en la ciudad de Valencia: Recursos, necesidades y propuestas de intervención». *Rev. Edetania*, núm. 27, Valencia. pp. 157-188.
- BLANCO, C. (1992), *Trabajadores extranjeros en España. Situación actual y perspectivas*, Madrid, DGM.
- BLANCO, C. (1995), *La integración de los inmigrantes en las sociedades receptoras. Método de análisis y aplicación al País Vasco*, Universidad de Deusto (tesis doctoral, microficha).
- BLANCO, C. (2000), *Las migraciones contemporáneas*, Madrid, Alianza.
- BLANCO, C. (ed.) (2002), *Las migraciones: nuevas realidades, nuevos desafíos*, Bilbao, Servicio Editorial de la UPV.

- CACHÓN, L. (2003), *Inmigración y segmentación de los mercados de trabajo en España*, Sevilla. Documento de Trabajo S2003/02, Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- CAMACHO, J., y TRABADA, E., *La inserción sociolaboral de los inmigrantes residentes en Usera y Villaverde*, Asociación Proyecto San Fermín, Madrid, 2001.
- CAMPO, M., J. (2000) *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CARRASCO, C. (1999), *Mercados de trabajo: los inmigrantes económicos*, Madrid, MTAS.
- CASADO, D., y LÓPEZ CASANOVAS, G. (2001), *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*, Fundación La Caixa, Barcelona.
- CEAR (Comité Español de Ayuda al Refugiado), Bolsa de empleo de Cear, Madrid, 2003.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (1997), *Cuidado de los mayores*, Estudio CIS 2.244, abril 1997, Madrid.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (1998), *Acerca de las personas mayores*, Estudio CIS 2.291, junio 1998, Madrid.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (1999), *La soledad de las personas mayores*. Boletín julio-septiembre, CIS, Madrid.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (2001), *Avance de resultados del Barómetro de noviembre 2001* (Estudio 2439), CIS, Madrid.
- CIMOP, *Percepciones sociales sobre las personas mayores*, Observatorio de personas mayores, IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2002.
- COHEN, R. (ed.) (1996), *Theories of Migration*. Cheltenham, Elgar Publications.
- COHEN, D., EISDORFER, C. (1997), *Como cuidar de tus padres cuando envejecen*, Barcelona, Paidós.
- COLECTIVO IOÉ (1995), *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*, Madrid, IMSERSO.
- COLECTIVO IOÉ (1996), *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*, IMSERSO, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- COLECTIVO IOÉ (1998), *Inmigración y trabajo. Trabajadores inmigrantes en el sector de la construcción*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- COLECTIVO IOÉ (1999), *Inmigración y trabajo en España. Trabajadores inmigrantes en el sector de la hostelería*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- COLECTIVO IOÉ (2001), *Mujer, Inmigración y Trabajo*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- COLECTIVO IOÉ (2003), *La inserción laboral de las personas con discapacidades*, Barcelona, Fundación La Caixa.
- COLECTIVO IOÉ (2003), *Explotación de la encuesta a personas inmigrantes que cuidan a población anciana y enferma en sus hogares en la Comunidad de Madrid en 2000*, Madrid.
- COLECTIVO IOÉ (2004), *Salud y estilos de vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos en la última década*, Madrid, CECA, FUNCAS.
- CONCEJALÍA DE SERVICIOS SOCIALES DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID, *Memoria 2003*, Ayuntamiento de Madrid.
- CONSEJO DE EUROPA (1998). Recommendation núm. R (98) 9, du Comité des ministres aux états membres relative a la dépendance, Oficina de Publicaciones de la Comunidad Europea, Luxemburgo.
- COUNCIL OF EUROPE (1992), *People on the move. New migration flows in Europe*. Strasbourg, Council of Europe Press.

- DEFENSOR DEL PUEBLO (2000), *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid.
- DÍEZ NICOLÁS, J. (1996), *Los mayores en la Comunidad de Madrid. Estudio sobre las necesidades y recursos para la tercera edad*, Fundación Caja de Madrid, Madrid.
- DÍEZ NICOLÁS, J., Y RAMÍREZ, M. J. (2001), *La voz de los inmigrantes*, Madrid, MTAS.
- DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA (1999), «Atenció a domicili a ancians dependents», en Centinella, nº 5. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, pp. 1-2.
- DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA (2000), «Atenció a ancians dependents», en Centinella, nº 11, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.
- EDIS (2000), *Radiografía de las demandas sociales de los mayores*, Madrid, ASISPA, IMSERSO.
- EURODOXA (2001), *La atención remunerada a las personas mayores con alguna discapacidad, en sus propios domicilios. Necesidades y prestaciones*, Madrid, IMSERSO (no publicado).
- EUROSTAT (2000), *Push and Pull factors of international migration. A comparative report*, Bruselas, UE.
- EUROSTAT (2002), *Social Protección Expenditures and Receipts, 1980-1999*, Luxemburgo.
- FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A. (1992), *Les personnes âgées en Europe: Rapport national, Espagne*, Bruselas.
- FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A. (1998), *Proyecciones de la población española*, Instituto de Economía y Geografía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.
- FUNDACIÓN SALUD INNOVACIÓN SOCIEDAD (2000), *Envejecimiento y dependencia: futuros deseables y futuros posibles*, Barcelona.
- FUNDACIÓN TOMILLO (2002), *Memoria de actividades*.
- GENERALITAT VALENCIANA (2000), *Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la Comunidad Valenciana*, Valencia, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.
- GIMÉNEZ ROMERO, C. (coord.) y otros (2002), *El Servicio de Mediación Social Intercultural SEMSI 1997-2002: una experiencia de mediación comunitaria en el ámbito de las migraciones y la convivencia intercultural*, Universidad Autónoma de Madrid, Ayuntamiento de Madrid.
- GIUNCO, F. (1998), «Personas mayores e inmigración en la Diócesis de Milán», en *Documentación Social*, n.º 112, pp. 133-146.
- IMSERSO (1997), *El programa de teleasistencia domiciliaria Insero/Fem*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- IMSERSO (2001), *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*, Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales, Madrid.
- IMSERSO (2002), *Envejecer en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2002), *Servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2002*, Madrid, Observatorio de Personas Mayores.
- IMSERSO (2003), *Plan de acción para las personas mayores*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INE (1999), *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*, Madrid, INE.
- INE (2000), *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*, Madrid, INE.
- INSERSO/IOE (1995b), *Cuidados en la vejez, El apoyo informal*, Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales, Madrid.
- INSERSO/CIS (1995), *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*, Insero, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

- INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2001), *Anuario estadístico de la Comunidad de Madrid 2001*, Consejería de Presidencia y Hacienda, Madrid.
- INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2003), *Cuentas del sector de sanidad y servicios sociales de mercado de la Comunidad de Madrid 2000*, Madrid.
- INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2003), *La distribución espacial de la renta en la Comunidad de Madrid. Análisis y aplicaciones*, Consejería de Economía e Innovación Tecnológica, Madrid.
- INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES (1996), *Empleo, Salarios y Pensiones en las fuentes tributarias, series disponibles de los años 1992 y 1996*, Madrid.
- INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES (1999), *Mercado de trabajo y pensiones en las fuentes tributarias, series 1999-2002*, www.aeat.es/estad/mercado/1999/mapa.htm
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (1999), *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Cuestionario de salud* (Explotación propia)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2001), *Censos de Población*.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE), *Encuestas de Población Activa, series correspondientes a los años 1975-2003*.
- IZAL, M., MONTORIO, I., DÍAZ, P. (1998), *Cuando las personas mayores necesitan ayuda*, Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO, Madrid.
- LÓPEZ GARCÍA, B. (1996). *Atlas de la inmigración magrebí en España*, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid y Dirección General de Migraciones.
- MACE, N. L., RABINS, P.V. (1991), *Treinta y seis horas al día*, Barcelona, Áncora.
- MALGESINI, G. (dir.) y otros, *Hogares, cuidados y fronteras: derecho de las mujeres inmigrantes y conciliación, Traficantes de Sueños*, Madrid, 2004.
- MARTÍNEZ VEIGA, U. (1997), *La integración social de los inmigrantes extranjeros en España*, Madrid, Trotta.
- MARTÍNEZ VEIGA, U. (2000), «Evolución y clasificación del trabajo doméstico inmigrante», en *OFRIM Suplementos*, junio, Madrid, pp. 75-97.
- MEIL, G. (2000), *Imágenes de la solidaridad familiar*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas. *Opiniones y Actitudes*, núm. 30
- MEIL, G. (2002), «La otra cara del desafío demográfico a la protección social: los desafíos derivados del cambio familiar», *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 36, pp. 95-116
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1992), *Plan Gerontológico*, Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid.
- MONTORIO, I., DÍAZ, P., FERNÁNDEZ, M., I. (1995), «Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de mayores dependientes», *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 30, núm. 3, pp. 157-168.
- MURO, J., «El empleo irregular en 1993», en *V Informe sociológico sobre la situación social en España*, FOESSA, Madrid, 1997, vol. 2, pp. 1388-1389.
- MURO, J., RAYMOND, J., TOHARIA, L., y URIEL, E., *Análisis de las Condiciones de Vida y Trabajo en España*, Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid, 1988.
- NAREDO, J. M., «Sobre la naturaleza del declive económico actual y su relación con la economía madrileña», en *Economía y Sociedad*, núm. 8, Madrid, 1993, pp. 111-133.
- OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES (2003), *Servicios sociales para personas mayores en la Comunidad de Madrid 2002 y 2003*, IMSERSO.

- OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES (2003), *Encuesta estatal a personas mayores 2002*, IMSERSO.
- OBSERVATORIO PERMANENTE DE LA INMIGRACIÓN, *Informes* núms. 14 y 15, abril y julio de 2003, Ayuntamiento de Alcobendas.
- O.C.D.E. (1996), *Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation*, París.
- OIM (2001), *Informe sobre las migraciones en el mundo 2002*. Ginebra, Naciones Unidas.
- O.M.S. (1997), «Clasificación Internacional de Deficiencias, Actividades y Participación» (CIDDM-2), Ginebra.
- O'SHEA, E. (2003), *La mejora de la calidad de vida de personas mayores dependientes*, Comité Europeo de Cohesión Social, Consejo de Europa (Traducción de Mercedes Villegas para el Consejo de Europa)
- OSO, L. (1998), *La migración a España de las mujeres jefas de hogar*, Madrid, Instituto de la Mujer.
- PÉREZ DEL CUETO, M. (1997), «El programa de teleasistencia domiciliaria Insero/Fem», en *Teleasistencia domiciliaria*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, pp. 23-29.
- PÉREZ DEL MOLINO, J., JIMÉNEZ, C., DE PAZ, A. (1993) «Familiares de enfermos con demencia: Un paciente más», *Rev. Esp. de Geriatría y Gerontología*, 28, 3 (183-188).
- PÉREZ DÍAZ, J. (1996), *La situación social de la vejez en España a partir de una perspectiva demográfica*, Madrid. Fundación Caja de Madrid, Serie Informes Técnicos, núm. 3.
- PÉREZ DÍAZ, J. (1998), «Ancianos y mujeres ante el futuro», *Revista Claves*, núm. 83.
- PÉREZ ORTIZ, L. (1997), «El debate sobre el envejecimiento de la población y los gastos sociales», *Revista de Asuntos Sociales*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, núm. 5, pp. 69-98.
- PIMENTEL, M. (ed.), *Procesos migratorios: economía y personas*. Almería, Itto. Ajamar (225-246).
- PORTES, A. (ed.) (1995), *The economic sociology of immigration. Essays on Net-works, Ethnicity and Entrepreneurship*, New York, Russell Sage Foundation.
- PUGA GONZÁLEZ, M.D. (2002), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010*, Madrid, Fundación Pfizer.
- RAMÍREZ, E. (1996), *Inmigrantes en España. Vidas y experiencias*, Madrid, CIS/Siglo XXI.
- RIVAS, N. (1998), «Política social: género e inmigración», *Rev. Ofrim de la Comunidad Autónoma de Madrid*.
- RIVERA, J., *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia*, Consejo Económico y Social, Madrid, 2001.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.) (1999), *Protección social de la dependencia en España*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- RODRÍGUEZ, J. A. (1994), *Envejecimiento y familia*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- RODRÍGUEZ, P. (1995), «La residencia y su adecuación a las necesidades de las personas mayores dependientes», *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 30, núm. 3, pp. 169-176.
- RODRÍGUEZ, P., VALDIVIESO, C. (1997), *El SAD. Programación del servicio. Manual de formación para auxiliares*, SEGG/Fundación Caja de Madrid, Ed. Panamericana, Barcelona.
- RUIZ OLABUENAGA, J. I. et al. (1999), *Los inmigrantes irregulares en España*, Bilbao, Universidad de Deusto.
- SAJARDO, A. (1996 a), «Economía social y Sociedad del Bienestar, en J. Barea y J. L. Monzón (drs.), *Informe sobre la situación de las cooperativas y las sociedades laborales en España*, Valencia, CIRIEC ESPAÑA.
- SAJARDO, A. (1996 b), *Análisis económico del sector no lucrativo*, Valencia, Tirant lo Blanch.
- SANCHO, M.,T. (1994) «Un lugar para vivir. Alojamientos alternativos para mayores», *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 1994, 29 (S3), 13-18.

- SANCHO, M. T. (1996), «Centro de Día: Conceptualización», en *Centros de Día para personas mayores dependientes. Guía práctica*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, Madrid.
- Sancho, M. T. (coord.) (2001), *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*, Observatorio de personas mayores, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- SERVICIO MUNICIPAL DE ATENCIÓN PARA LAS PERSONAS MAYORES (2003), Ayuntamiento de Madrid, Madrid.
- SERVICIO REGIONAL DE EMPLEO DE LA CONSEJERÍA DE TRABAJO (2003), *Panorama de la Comunidad de Madrid 2003*, Comunidad de Madrid, Madrid.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2000), *Geriátría XXI*, Edimsa, Madrid.
- SOIE (Servicio de Orientación e Información para el Empleo) (2003), *Así son las personas que acudieron a la Red Soie en el 2003*, Cáritas Madrid de Vicaría V, Madrid.
- SOJALI (Situación de la Orientación Jurídica y Asesoramiento Laboral para Inmigrantes) (2003), Asociación Vecinos San Fermín, Madrid.
- SOLSONA, M., VICIANA, F. (2004), «Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio», en Borell, C. (ed.), *Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*, Gaceta Sanitaria (en prensa).
- SOPEMI (2001), *Tendances des migrations internationales*, París, OCDE.
- STALKER, P. (1997), *Workers without frontiers. The impact of globalization on international migration*, Ginebra, OIT.
- TAPINOS, G. (1993), *Inmigración e integración en Europa*, Barcelona, Fundación Paulino Torres Domenech.
- TORNS, T. (1995) «Mercado de trabajo y desigualdad de género», *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 6. Madrid.
- UGT, FEDERACIÓN REGIONAL DE SERVICIOS (1999), *Regulación de la relación laboral del servicio doméstico*, Madrid.
- UGT, FEDERACIÓN REGIONAL DE SERVICIOS (2002), *Convenio colectivo de ayuda a domicilio de la Comunidad Autónoma de Madrid 2001-2005*, Madrid.
- WALKER, A. (1999), *Actitudes hacia el envejecimiento de la población en Europa. Una comparación de los Eurobarómetros de 1992 y 1999*, Bruselas, Comisión Europea, DGV.
- YOSHIDA, CH. (2000), *Illegal Immigration and Economic Welfare*, Heidelberg, Physicaverlag.
- ZAMBRANO, I., y RIVERA, J. (2000), «Una misma demanda. Dos tipos de respuesta: trabajo remunerado y no remunerado en el cuidado de la salud», en *Cuaderno de Relaciones Laborales* núm. 17, pp. 65-90.

COLECCIÓN ESTUDIOS

Serie Dependencia

- 12001. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. *El entorno familiar*
- 12002. Cuidado a la dependencia e inmigración. *Informe de resultados*



MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD



IMSERSO

ISBN: 84-8446-080-0



9 788484 460800

P.V.P.: 12 €