

Cuidadoras inmigrantes y dependencia

El crecimiento imparable del envejecimiento, las mayores tasas de supervivencia de las enfermedades crónicas, la reducción del nº de cuidadoras familiares debido a la incorporación al mercado laboral, la escasa incorporación del hombre a las tareas del cuidado, unos servicios públicos que atienden a quienes tienen mayor nivel de dependencia y rentas más bajas y unos servicios privados que representan un coste muy elevado para muchas familias son algunos de los factores que están en la base de la contratación de inmigrantes -mayoritariamente mujeres- para el cuidado de las personas en situación de dependencia.

A pesar de la escasez de información estadística, en los últimos años se han realizado estudios monográficos de gran interés sobre el colectivo de trabajadoras inmigrantes en el sector de cuidados (IMSERSO 2005, Martínez Buján 2005, Pla Julián 2004, Colectivo IOÉ 2003). Estos esfuerzos han permitido conocer algunos aspectos del trabajo de cuidado y constituyen un indudable avance en la comprensión de este fenómeno. Entre otros, han aportado información sobre las actividades que realizan los inmigrantes en el desempeño del cuidado.

Las actividades del cuidado pueden ser agrupadas en cuatro grandes categorías: servicio doméstico y gestión del hogar, acompañamiento dentro y fuera del hogar, ayudas relativas al cuidado personal y cuidados socio-sanitarios. Según la Encuesta Piloto sobre Uso del Tiempo a Cuidadoras de Origen Extranjero en la Comunidad de Madrid (EPUTC 2008), las cuidadoras desarrollan una gran diversidad de tareas: todas las entrevistadas realizaron alguna de las actividades domésticas, el 88% acompañaron dentro o fuera del hogar, 8 de cada 10 realizaron algún tipo de ayuda personal y 3 de cada 4 proveyeron cuidados sociosanitarios. Esta aproximación refleja la *multifunción* y *multitarea* del trabajo de cuidado.

En el caso de las cuidadoras internas, el tiempo cotidiano está intensamente desequilibrado hacia el trabajo remunerado, con jornadas laborales muy largas y una dedicación a las necesidades propias (descanso, ocio y relaciones sociales) muy reducida. Este grupo dedica 131,4 horas semanales al trabajo (el 78% de su tiempo), y 35,9 horas a descanso y tiempo libre (el 21%) (Figura 3). El poco tiempo libre que tienen se concentra en los fines de semana.

Cuidar a personas en situación de dependencia, supone para la mayoría de las cuidadoras inmigrantes la ruptura en su trayectoria y experiencia laboral, además carecen de información y formación en cuidados, de contrato de trabajo, ni están dadas de alta en la Seguridad Social. No perciben que exista relación directa entre el salario percibido y las horas de dedicación. Las empleadas en la modalidad de internas padecen triple aislamiento: espacial, social e individual.

Según los datos de la Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007, los inmigrantes desarrollan ocupaciones que no se corresponden con su nivel educativo más frecuentemente que los nacidos en España, en especial las mujeres: el 54,6% de las inmigrantes económicas universitarias que llevan menos de 5 años viviendo en España desarrolla una ocupación manual, frente al 6,2% de las nacidas en España con el mismo nivel de estudios.

El estado de salud de los nacidos dentro y fuera de España es comparable, aunque las mujeres inmigrantes con más tiempo de residencia presentan una salud autopercebida y salud mental algo peores. La existencia de barreras idiomáticas, culturales y administrativas, junto con la carencia de una red social y familiar de apoyo y la xenofobia contribuyen a una peor autopercepción de la salud y la salud mental.