

Ana Cristina Romea Martínez

Envejecimiento y atención a la  
dependencia en Aragón. La  
función de las cuidadoras  
inmigrantes

Director/es

Gómez Bahillo, Carlos

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

© Universidad de Zaragoza  
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Tesis Doctoral

ENVEJECIMIENTO Y ATENCIÓN A LA  
DEPENDENCIA EN ARAGÓN. LA FUNCIÓN DE LAS  
CUIDADORAS INMIGRANTES

Autor

Ana Cristina Romea Martínez

Director/es

Gómez Bahillo, Carlos

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**  
**Escuela de Doctorado**

Programa de Doctorado en Sociología de las Políticas Públicas y  
Sociales

2019





**Universidad**  
**Zaragoza**

FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y SOCIOLOGÍA

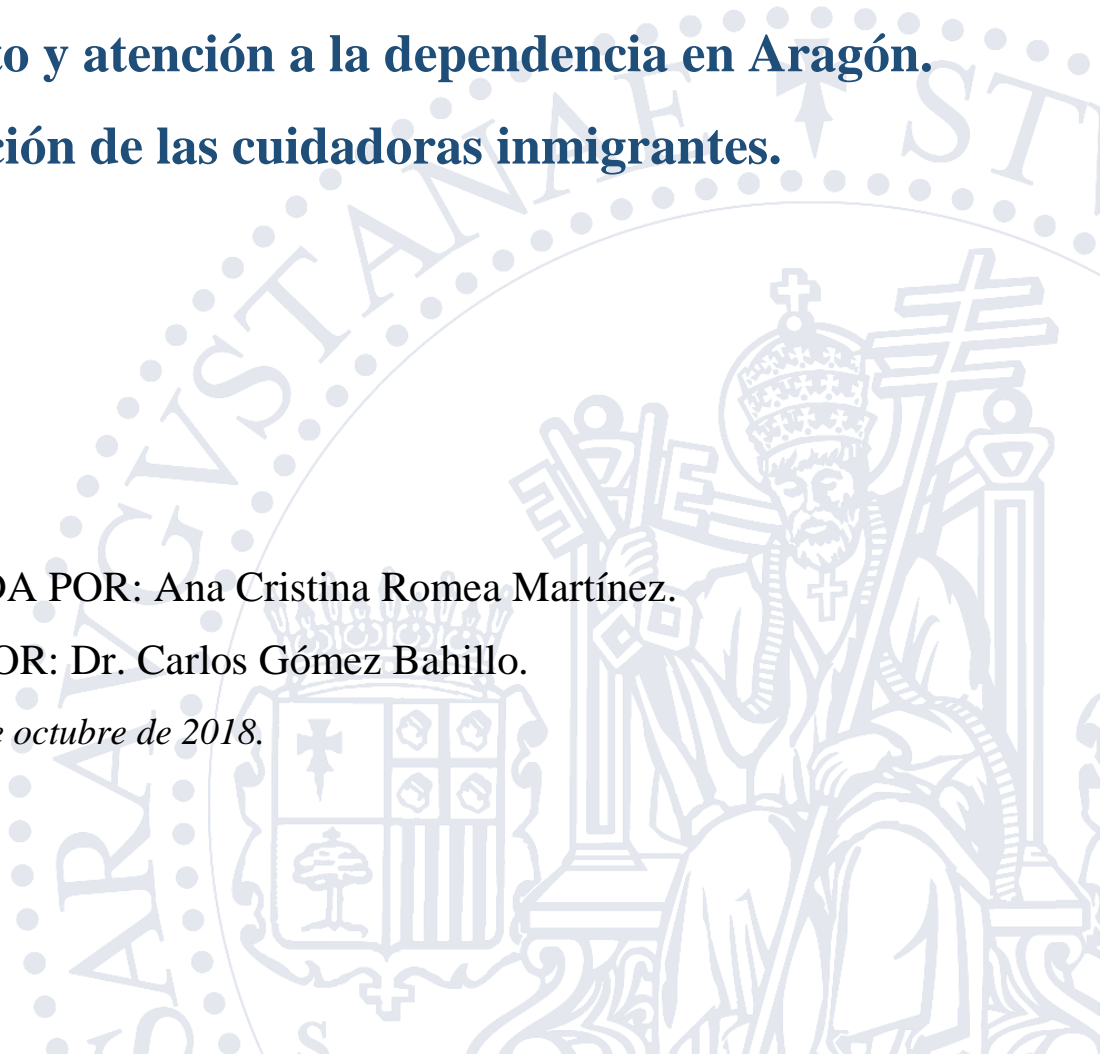
TESIS DOCTORAL

**Envejecimiento y atención a la dependencia en Aragón.**  
**La función de las cuidadoras inmigrantes.**

PRESENTADA POR: Ana Cristina Romea Martínez.

DIRIGIDA POR: Dr. Carlos Gómez Bahillo.

*Zaragoza, 22 de octubre de 2018.*







## RESUMEN:

---

El número de personas mayores está aumentando al tiempo que la sociedad española experimenta profundos cambios (transformación social del rol de las mujeres, envejecimiento de la población y cambios en los modelos familiares) implicando nuevos retos para la provisión de cuidados a personas mayores en situación de dependencia.

Con la aprobación de la “Ley de la Dependencia” (Ley 39/2006) en España, y su puesta en marcha en el año 2008, se inicia un proceso de transformación fundamental en el modelo tradicional de atención y cuidados. No obstante, la carga de la atención y la responsabilidad del cuidado continúan recayendo fundamentalmente en las familias, aunque no todas pueden asumir las tareas que conllevan los cuidados. Las personas inmigrantes, y en especial las mujeres, han ocupado estos puestos de trabajo durante los últimos años.

En primer lugar, se analiza la carga de cuidados informales en Aragón. Se constata que, debido al fuerte envejecimiento de esta CCAA en los últimos años, el potencial de cuidados informales se está viendo drásticamente disminuido. Al mismo tiempo, se analiza la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en toda España, estableciendo una tipología de prestaciones, lo que permite, por un lado, observar que los objetivos que la Ley de la Dependencia establece no se están cumpliendo en gran parte del territorio español y, por otro lado, la brecha existente entre CCAA a la hora de provisión de servicios y prestaciones públicas destinadas a la protección social de personas en situación de dependencia. En definitiva, ante el aumento



de la demanda de cuidados y el estado actual de desarrollo del SAAD, las familias deben buscar estrategias para la atención a personas dependientes.

Una de las vías por las que optan las familias es la contratación de mujeres inmigrantes como cuidadoras. A través de un estudio cualitativo, se analiza el contexto socio-laboral de las cuidadoras inmigrantes de personas mayores en situación de dependencia. Estas cuidadoras realizan todo tipo de tareas de cuidado, destacando sus precarias condiciones laborales.

Además, en las actuales diásporas migratorias, surgen fenómenos como las cadenas globales de cuidados, la transnacionalidad y la circulación del cuidado; es decir, la decisión de migrar de estas mujeres tiene también un impacto en sus países de origen. Por ello, en último lugar, se analiza la repercusión en los países de origen de las migraciones femeninas producida por la fuerte demanda de cuidados en países como España. Se toma como estudio de caso Nicaragua, dado que las migraciones centroamericanas con destino España son un fenómeno relativo novedoso. Se observa que las familias en origen deben reorganizar su estructura de cuidados; las mujeres migrantes, a través de la circulación del cuidado, continúan formando parte de las dinámicas familiares.

## ABSTRACT:

---

The number of older adults is increasing while Spanish society is experiencing profound changes (social transformation of the role of women, ageing of the population and changes in family models) implying new challenges for the provision of care to older adults in situations of dependence.

With the approval of the "Law of Dependency" (Law 39/2006) in Spain and its implementation in 2008, a process of fundamental transformation in the traditional model of care and care begins. However, the burden of care and responsibility for care continue to fall primarily on families, although not all of them can take on the tasks involved in caring for them. Immigrants, and especially women, have occupied these jobs in recent years.

First, the burden of informal care in Aragon is analysed. It is noted that, due to the strong ageing of this CCAA in recent years, the potential for informal care is drastically diminished. At the same time, the implementation of the System for Autonomy and Care for Dependency (SAAD) throughout Spain is analysed, establishing a typology of benefits, which allows, on the one hand, to observe that the objectives established by the Law of the Unit they are not being fulfilled in large part of the Spanish territory and, on the other hand, the existing gap between the Autonomous Communities when it comes to providing services and public benefits aimed at the social protection of people in situations of dependency. In short, faced with the increase in the demand for care and the current state of development of the SAAD, families should look for strategies to care for dependents.

One way families choose is to hire immigrant women as caregivers. Through a qualitative study, the socio-labour context of immigrant caregivers of older adults in situations of dependency is analysed. These caregivers perform all kinds of care tasks, highlighting their precarious working conditions.

In addition, in current migrant diasporas, phenomena such as global care chains, transnationality and the circulation of care arise; that is, the decision to migrate of these women also has an impact in their countries of origin. Therefore, lastly, the repercussion in the countries of origin of female migrations produced by the strong demand for care in countries such as Spain is analysed. It is taken as Nicaragua case study, given that the Central American migrations to Spain are a relatively new phenomenon. It is observed that families in origin must reorganise their care structure; migrant women, through the circulation of care, continue to be part of family dynamics.

## RECONOCIMIENTOS:

---

Esta tesis doctoral se ha desarrollado gracias a la obtención de una beca de investigación pre-doctoral, concedida por el Gobierno de Aragón (de marzo del 2013 a enero del 2017).

Durante estos años, he pertenecido al Grupo de investigación Sociedad del Riesgo, que me ha aportado soporte material y acompañamiento durante mi investigación, por lo que quiero expresar mi agradecimiento a todos sus miembros. Asimismo, quisiera agradecer también el apoyo y los espacios de trabajo que, tanto el Departamento de Psicología y Sociología, como la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, me han proporcionado a lo largo de este tiempo.

Por último, quisiera hacer un reconocimiento especial al CIDS y a la UNAN – León en Nicaragua, especialmente al Dr. Andrés Herrera, a la Prof.<sup>a</sup> Martha Lorena Ruíz y a la Prof.<sup>a</sup> Ruth del Socorro Espinoza Solís, instituciones y personas que me acogieron y facilitaron mi trabajo durante mi estancia de investigación.

## AGRADECIMIENTOS:

---

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi director Carlos Gómez Bahillo. Desde el primer momento depositaste en mí la confianza necesaria que tanta falta me ha hecho durante estos años, he sido muy afortunada de poder trabajar contigo. Gracias por todo tu apoyo, por tus sabios y generosos consejos y, como no, por tu acompañamiento durante todo este camino.

Esta tesis no hubiera sido posible sin la incondicional ayuda, orientación, apoyo y enorme trabajo de la Prof.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Mar del Rincón. Desde que empecé contigo el TFG y el TFM, introduciéndome en cuestiones de envejecimiento, no he dejado de aprender gracias a ti. Has hecho aportaciones muy valiosas en esta investigación, por lo que gran parte del mérito también es tuyo. No sé si podré algún día llegar a agradecerte tanto.

Sin duda, si no fuera por el ánimo, el aliento, el cariño y la paciencia de mi madre Ana Cris y de mi padre Agustín, hubiera sido imposible terminar esta tesis; muchas gracias por haberme permitido dedicarme a lo que más me gusta y haberme apoyado tanto. También quiero agradecer a mi hermano Álex el haber podido contar con él cuando más lo he necesitado. Y, por su puesto, a Jorge, mi compañero de viaje, que me ha ayudado a levantarme una y otra vez, que no me ha dejado rendirme y que me ha hecho aprender a valorar lo realmente importante; muchas gracias por cuidarme y permanecer a mi lado. A mis abuelas, mis tíos y tías, mis primos... a toda mi familia, muchas gracias.

A mis grandes amigos y amigas: Montse, Pilu, Silvana, Marta, Pablo, Raquel, Luis, Sandra, Sara, David, Alejandro... no me cansaría de agradecerlos uno a uno. Gracias por los grandes momentos de diversión, por ser vuestra comprensión cuando hemos tenido

que posponer algún plan y, sobre todo, por la suerte que tengo de poder formar parte de vuestras vidas.

A toda la gente que pude conocer durante mi estancia de investigación en Nicaragua, a todos los miembros del Hermanamiento León-Zaragoza y, muy especialmente, a mis compañeras de aventuras Katerina y Petra, con las que compartí los meses que pasé en Nicaragua y que fueron como mi familia durante ese tiempo. Muchas gracias por todo.

A todos los compañeros y compañeras de la Facultad de Trabajo Social, docentes y personal de servicios, especialmente a Felicidad Sobrino, Montserrat Navarrete, Ángel Sanz, M<sup>a</sup> José González, Pablo García Ruiz y Ana Lucía Hernández: gracias por los consejos que he ido recibiendo de todos vosotros. Y, como no, a todas las becarias y ex-becarias, compañeras de fatigas, con las que he podido compartir camino durante estos años. Gracias a todas.

A las compañeras y compañeros de la Universidad San Jorge, Aran, Erika, Isabel, Elena... gracias porque sin vuestro apoyo y vuestros ánimos, no hubiera podido con todo. Sois unas profesionales increíbles y unas grandísimas personas. Muchas gracias por tanto y por darme la oportunidad de poder formar parte de un proyecto tan ilusionante.

Y no me puedo olvidar de todas las mujeres cuidadoras, a los profesionales y a las familias nicaragüenses participantes en el estudio. Sin vosotras y vosotros, este trabajo no hubiera sido posible; gracias por vuestra generosidad.



*No, no lo intentes.*

*Hazlo o no lo hagas.*

*Pero no lo intentes.*

-Maestro Yoda-

El Imperio Contraataca, 1980.





## Contenido:

### ***I PARTE: Introducción y planteamiento de la investigación.***

CAPÍTULO 1: Introducción.....	23
LA HISTORIA DE CÓMO SE ENCONTRARON MARIANO Y EVELYN..	24
1. INTRODUCCIÓN.....	27
1.1. Formulación del problema de investigación.....	27
1.2. Recorrido por la estructura de la tesis. ....	30
CAPÍTULO 2: Metodología.....	35
2. METODOLOGÍA.....	36
2.1. Interrogantes de partida, hipótesis y objetivos. ....	38
2.2. Recursos metodológicos y técnicas de recogida de la información. ....	42
2.2.1. Metodología de trabajo para el Objetivo A. ....	43
2.2.2. Metodología de trabajo para el Objetivo B. ....	44
2.2.3. Metodología de trabajo para el Objetivo C. ....	45
2.2.4. Metodología de trabajo para el Objetivo D. ....	49
2.3. Algunas consideraciones éticas. ....	54

### ***II PARTE: Marco teórico.***

CAPÍTULO 3: Envejecimiento y cuidados. ....	61
3. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS EN ESPAÑA.....	62
3.1. Envejecimiento de la población.....	62

3.1.1. Aumento de la esperanza de vida .....	63
3.1.2. Incremento de las enfermedades degenerativas.....	64
3.1.3. Envejecimiento, procesos sociales y demanda de cuidados. ....	65
3.2. Respuestas ante la nueva necesidad de cuidados.....	66
3.2.1. Modelo tradicional: papel de la familia, cuidados informales. Cambio familiar: crisis del modelo familiar. ....	66
3.2.2. Modelos europeos de provisión de cuidados.....	67
3.2.3. La Ley de la Dependencia en España. ....	72
3.3. Cuidados y cuidadores.....	74
3.3.1. El “care” o el trabajo de cuidados. ....	74
3.3.2. Perfil tradicional de los cuidadores en España. ....	75
 CAPÍTULO 4: Cuidados y migraciones.....	 83
4. EL PAPEL DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES. ....	84
4.1. Algunos factores teóricos explicativos de las migraciones femeninas.....	85
4.1.1. La perspectiva transnacional. ....	87
4.1.2. Cadenas globales de cuidados y circulación de cuidados.....	89
4.2. Cuidadoras inmigrantes en España.....	91

### ***III PARTE: Resultados de la investigación.***

CAPÍTULO 5: Análisis de la carga de cuidados en Aragón. ....	99
5. ANÁLISIS DE LA CARGA DE CUIDADOS INFORMALES EN ARAGÓN. .	100
5.1. El contexto aragonés.....	101
5.2. Antecedentes en la medición de los potenciales cuidadores de un territorio.	105
5.3. Nota metodológica.....	107
5.4. Evolución de las ratios para Aragón y sus provincias. ....	108

5.5. Evolución de las ratios por comarcas. ....	114
5.6. Tipología de comarcas en relación con el potencial de cuidado. ....	124
5.7. Reflexiones finales. ....	130
CAPÍTULO 6: Evolución de la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. El caso de Aragón. ....	133
6. LA SITUACIÓN DEL SAAD: EVOLUCIÓN Y MODELOS TERRITORIALES. EL CASO ARAGONÉS.....	134
6.1. La LAPAD en España: origen, desarrollo y catálogo de prestaciones. ....	135
6.1.1. Contextualización: antecedentes de la LAPAD.....	136
6.1.2. El desarrollo de la LAPAD.....	141
6.1.3. El catálogo de prestaciones del SAAD y beneficiarios. ....	144
6.2. Nota metodológica.....	146
6.3. Evolución del SAAD: el caso de Aragón. ....	148
6.3.1. Los inicios del SAAD en Aragón. ....	149
6.3.2. El SAAD en Aragón hasta julio de 2012.....	151
6.3.3. Situación del SAAD en Aragón, desde julio de 2012, hasta mayo de 2015: retroceso, fracaso y colapso.....	152
6.4. Evolución del tipo de prestaciones en Aragón y España. ....	157
6.4.1. Tipologías de prestaciones.....	161
6.4.2. Primera tipología: prestaciones de servicios versus prestaciones económicas. ....	162
6.4.3. Segunda tipología: atención institucional versus atención comunitaria. ....	165
6.4.4. Tercera tipología: atención profesional versus atención familiar.....	168
6.4.5. Desarrollo del SAAD según la tipología de prestaciones concedidas en cada CCAA. ....	170
6.5. Reflexiones finales. ....	172

CAPÍTULO 7: Mujer inmigrante y su papel en la atención a la dependencia. ....	176
7. CUIDADORAS INMIGRANTES: tipo de cuidados que ejercen.....	177
7.1. Nota metodológica.....	177
7.1. Características socio-demográficas de las cuidadoras.....	178
7.2. Características socio-demográficas y socio-sanitarias de la persona cuidada.	182
7.3. Tipo de cuidado que realizan.....	184
7.3.1. Tareas y actividades dentro del hogar. ....	186
7.3.2. Tareas de gestión y control.....	190
7.3.3. Tareas fuera del hogar. ....	191
7.4. Motivaciones, repercusiones y gratificación en el cuidado. ....	192
7.4.1. Motivaciones para emprender el proyecto migratorio.....	193
7.4.2. Motivaciones para trabajar como cuidadoras. ....	194
7.4.3. Repercusiones y gratificación el ejercicio del empleo de los cuidados.	196
7.5. Situación laboral.....	198
7.6. Necesidades y demandas expresadas.....	205
7.7. Reflexiones finales. ....	208
CAPÍTULO 8: La huella de las migraciones femeninas en las familias nicaragüenses.....	211
8. LA DEMANDA DE CUIDADOS EN ESPAÑA Y SU IMPACTO EN LAS FAMILIAS NICARAGÜENSES.....	212
8.1. Nota metodológica.....	213
8.2. El contexto nicaragüense. ....	214
8.3. Características socio-demográficas de la mujer migrante y situación de la familia en origen.....	216
8.3.1. Perfil de la mujer migrante y su situación en España.....	216
8.3.2. La situación de la familia en origen.....	222

8.4. La situación laboral de la cuidadora en destino y el papel de las remesas en origen.....	224
8.4.1. Las remesas: función y gestión.....	227
8.5. Cambios en la estructura de la familia en origen.....	238
8.5.1. El papel de las TIC en las familias transnacionales.....	245
8.6. Necesidades y demandas de las familias en origen. ....	249
8.7. Reflexiones finales. ....	251

#### ***IV PARTE: Conclusiones.***

CAPÍTULO 9: Conclusiones y reflexiones finales. ....	257
9. CONCLUSIONES.....	258
9.1. Resumen de los principales resultados. ....	258
9.1.1. Carga de cuidados informales en Aragón: principales resultados.....	259
9.1.2. Evolución del SAAD en Aragón: principales resultados. ....	260
9.1.3. Mujer inmigrante como cuidadora de mayores en situación de dependencia: principales resultados. ....	261
9.1.4. La demanda de cuidados en España y su impacto en las familias nicaragüenses: principales resultados.....	265
9.2. Validación de hipótesis y objetivos. ....	267
9.3. Algunos elementos para la reflexión desde el Trabajo Social.....	271
9.4. Prospectiva y continuidad de la investigación.....	273
9. CONCLUSIONS (English version).....	277
9.1. Summary of the main results. ....	277
9.1.1. The burden of informal care in Aragon: main results. ....	277
9.1.2. Evolution of the SAAD in Aragon: main results.....	279

9.1.3. Immigrant woman as a caregiver of older adults in a dependent situation: main results.....	280
9.1.4. The demand for care in Spain and its impact on Nicaraguan families: main results.....	283
9.2. Validation of hypotheses and objectives. ....	285
9.3. Some elements for reflection from Social Work.....	289
9.4. Prospective and continuity of the investigation.....	291
 BIBLIOGRAFÍA.....	 295
 ANEXOS.....	 321
ANEXO I. Operacionalización de las variables del Objetivo C.....	323
ANEXO II. Operacionalización de las variables del Objetivo D.....	330
ANEXO III. Guion de entrevista semi-estructurada correspondiente al Objetivo C: cuidadoras en Aragón (España).....	335
ANEXO IV. Guion de entrevista semi-estructurada a profesionales de entidades sociales en Aragón (España). ....	338
ANEXO V. Guion de entrevista semi-estructurada correspondiente al Objetivo D: familias en origen (Nicaragua). ....	341
ANEXO VI. Guion de entrevista abierta a profesionales en León y Chinandega (Nicaragua).....	344
ANEXO VII. Ficha de observación en Nicaragua. ....	345
ANEXO VIII. Consentimiento informado: cuidadoras en España.....	346
ANEXO IX. Consentimiento informado: familias en Nicaragua.....	347
ANEXO X. Tabla complementaria del <i>Capítulo 5</i> .....	348
ANEXO XI. Materiales y tablas complementarias del <i>Capítulo 6</i> .....	349
ANEXO XII. Tablas complementarias del <i>Capítulo 8</i> .....	357

# Índice de tablas, gráficos e imágenes.

## **ÍNDICE DE TABLAS:**

Tabla 1. Características de las cuidadoras participantes en el estudio. ....	47
Tabla 2. Características de los profesionales participantes en el estudio. ....	49
Tabla 3. Características de las familias nicaragüenses participantes en el estudio. ....	52
Tabla 4. Características de los profesionales nicaragüenses participantes en el estudio.	54
Tabla 5. Reformas en los modelos europeos de cuidados de larga duración. ....	70
Tabla 6. Perfil cuidadores en España.....	79
Tabla 7. Principales fórmulas que miden la carga de cuidados.....	106
Tabla 9. Evolución de la ratio femenina de cuidadoras para Aragón, sus provincias y España. Años 1991, 2001, 2011, 2015, 2020, 2025 y 2029. ....	112
Tabla 8. Evolución de la ratio global de cuidadores para Aragón, sus provincias y España. Años 1991, 2001, 2011, 2015, 2020, 2025 y 2029.....	112
Tabla 10. Ranking de comarcas según evolución de la ratio global de cuidadores informales 1991-2015.....	117
Tabla 11. Ranking de comarcas según evolución de la ratio femenina de cuidadoras informales 1991-2015.....	123
Tabla 12. Tipologías de comarcas aragonesas ordenadas por rangos de la R.G.C.I. ...	126
Tabla 13. Ratios e indicadores por comarcas, total Aragón y total España. ....	127
Tabla 14. Ranking de tasa de cobertura por CCAA en 2010, 2012 y 2015. ....	148
Tabla 15. Brecha entre CCAA, según tipología prestaciones de servicios versus prestaciones económicas. Mayo del 2015. ....	164
Tabla 16. Brecha entre CCAA, según tipología atención institucional versus atención comunitaria. Mayo del 2015.....	167
Tabla 17. Brecha entre CCAA, según tipología atención profesional versus atención familiar. Mayo del 2015. ....	170
Tabla 18. Desarrollo del SAAD según la tipología de prestaciones por CCAA. ....	171
Tabla 19. Datos sociodemográficos en Nicaragua (por quinquenios 2000-2020). ....	215
Tabla 20. Indicadores de Fecundidad comparados. ENDESA 2006/7 y ENDESA 2011/12. ....	219



Tabla 21. Distribución comarcal de la población total, el total de personas entre 50 y 74 años y el total de personas de 80 y más años, censo 2011 y padrón 2015. ....	348
Tabla 22. Beneficiarios y número de prestaciones del SAAD concedidas, por Comunidad Autónoma. Situación a mayo de 2015. ....	349
Tabla 23. Tipología 1 de prestaciones del SAAD: servicios vs. prestaciones económicas, según CCAA. Situación a mayo de 2015. ....	350
Tabla 24. Tipología 2 de prestaciones del SAAD: atención institucional vs. atención comunitaria, según CCAA. Situación a mayo de 2015. ....	351
Tabla 25. Tipología 3 de prestaciones del SAAD: atención profesional vs. atención familiar, según CCAA. Situación a mayo de 2015. ....	352
Tabla 26. Evolución del tipo de prestaciones del SAAD concedidas en España. ....	353
Tabla 27. Evolución del tipo de prestaciones del SAAD concedidas en Aragón. ....	355
Tabla 28. Principales características de las entrevistas a familias en Nicaragua. ....	357
Tabla 29. Principales datos recogidos a través de la ficha de observación. ....	359

### **ÍNDICE DE FIGURAS:**

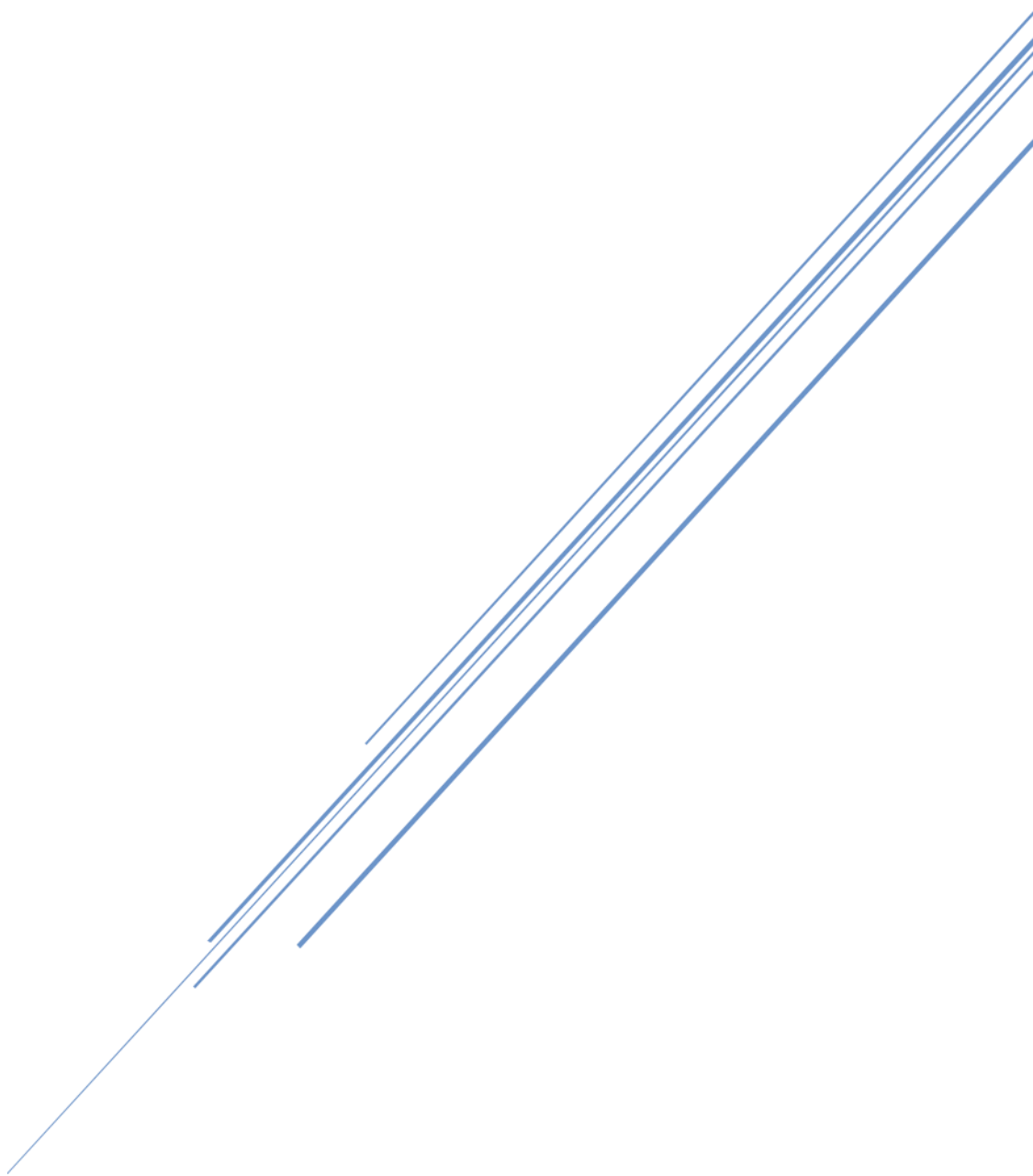
Figura 1. Edad media de la población femenina por comarcas aragonesas. Año 2011. ....	103
Figura 2. Densidad de población en Aragón. Año 2010. ....	104
Figura 3. Mapa de Nicaragua. ....	214
Figura 4. <i>Familia 2</i> en su puesto de venta de comida. ....	230
Figura 5. <i>Familia 3</i> , siendo entrevistada en su pulpería. ....	233
Figura 6. <i>Familia 6</i> , siendo entrevistada en su hogar. ....	234
Figura 7. Hogar remodelado de la <i>Familia 9</i> , casa amarilla. ....	236
Figura 8. Entrevista a <i>Familia 5</i> , en su hogar. ....	242
Figura 9. Entrevista a <i>Familia 4</i> , en su hogar. ....	244

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS:**

Gráfico 1. Evolución ratio global de cuidadores informales para Aragón, sus provincias y España. Años 1991, 2001, 2011, 2015, 2020, 2025 y 2029. ....	110
Gráfico 2. Evolución ratio femenina de cuidadoras informales para Aragón, sus provincias y España. Años 1991, 2001, 2011, 2015, 2020, 2025 y 2029.....	111
Gráfico 3. Evolución de la ratio global de cuidadores informales para las comarcas aragonesas. Años 1991, 2001, 2011 y 2015. ....	115
Gráfico 4. Evolución de la ratio global de cuidadores informales para las comarcas aragonesas. Años 1991, 2001, 2011 y 2015. ....	116
Gráfico 5. Evolución de la ratio femenina de cuidadoras informales para las comarcas aragonesas. Años 1991, 2001, 2011 y 2015. ....	121
Gráfico 6. Evolución de la ratio femenina de cuidadoras informales para las comarcas aragonesas. Años 1991, 2001, 2011 y 2015. ....	122
Gráfico 7. Personas beneficiarias del SAAD por sexo. Mayo de 2015.....	146
Gráfico 8. Personas beneficiarias del SAAD por tramo de edad. Mayo del 2015. ....	146
Gráfico 9. Tasa de envejecimiento y de cobertura residencias por comarcas aragonesas. Enero de 2010.....	150
Gráfico 10. Evolución de la tasa de cobertura del SAAD en Aragón y España. De septiembre de 2008 a mayo de 2015. ....	153
Gráfico 11. Evolución de solicitudes, dictámenes, personas con derecho, personas con prestación en Aragón. De septiembre de 2008 a mayo de 2015.....	155
Gráfico 12. Evolución de solicitudes, dictámenes, personas con derecho, personas con prestación en Aragón. De septiembre de 2008 a mayo de 2015.....	156
Gráfico 13. Evolución mensual del tipo de prestaciones. España. ....	159
Gráfico 14. Evolución mensual del tipo de prestaciones. Aragón.....	160
Gráfico 15. Servicios vs prestaciones económicas. Mayo de 2015.....	163
Gráfico 16. Atención institucional vs atención comunitaria. Mayo de 2015. ....	166
Gráfico 17. Profesional vs familiar. Mayo de 2015. ....	169



# **I PARTE: Introducción y planteamiento de la investigación.**





---

## **CAPÍTULO 1: Introducción.**

---

### ***LA HISTORIA DE CÓMO SE ENCONTRARON MARIANO Y EVELYN.***

Mariano tiene 84 años y es natural de Daroca, un municipio de la provincia de Zaragoza de unos 2.300 habitantes. Allí creció y trabajó toda su vida; junto con su esposa M<sup>a</sup> Pilar, vio nacer a sus dos hijas, Elena y Marta. Tras el fallecimiento de su esposa hace ahora 6 años, tomó la importante decisión de trasladar su residencia a Zaragoza capital, donde vive su hija Elena. Dejó su hogar, sus amigos y sus rutinas. Pensó que, al estar más cerca de su hija, en una gran ciudad, con más recursos y opciones, estaría mejor atendido, ya que desde hace tiempo que padece la enfermedad de Parkinson.

Yo sentía que en Daroca ya no podía estar yo solo. Poco a poco todos se van y nos dejan; yo me sentía solo, pero es que lo estaba de verdad. Mis hijas hace tiempo que se fueron, a estudiar, trabajar, formar una familia... Me hubiera gustado terminar allí mis días, pero es que hay poca cosa allí. Fue muy duro, la mudanza sobre todo. Pero yo me veía que esto [refiriéndose a su enfermedad] me iría a peor. Y eso que, de momento, aún sigo bien. (*Mariano, 84 años*).

Mariano vive solo en Zaragoza, o más bien vivía. Hace ya tres años (cuando su enfermedad comenzó a empeorar) que convive con Evelyn, una mujer nicaragüense que ejerce como su cuidadora principal. Antes de contratar a Evelyn, la familia de Mariano sopesó todas las opciones. Marta residía en Barcelona y la distancia le impedía hacerse cargo de su padre, aunque viaja a menudo a Zaragoza para que abuelo y nietos puedan pasar tiempo juntos. Tampoco Elena podía asumir todas las actividades de cuidado de su padre. En un primer momento, optaron por pedir que su padre fuera valorado para entrar

dentro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia<sup>1</sup>, pero los trámites se demoraban y la resolución tardaba en llegar. Finalmente, conocieron a Evelyn. Ni Mariano ni sus hijas se habían planteado contratar a nadie, pero una de las nuevas vecinas de Mariano les habló de ella y ante la falta de otras alternativas, se decidieron a contratarla.

Para mí fue como un alivio. Y también creo que para mis hijas. Evelyn me ayuda con todo, me acompaña a todas partes. Y también me hace compañía. Yo estoy muy contento con ella. (*Mariano, 84 años*).

Evelyn también está encantada trabajando para Mariano. Antes de conocerle, había estado residiendo en casa de una prima suya que también es cuidadora de personas mayores en situación de dependencia. Había hecho algún otro trabajo previo como empleada de hogar por horas, “por supuesto, sin contrato”, narraba, pero nada estable. Hasta que conoció a Mariano. Reconoce que no es el trabajo de sus sueños, pero cree que tiene suerte.

En esta casa siempre me han tratado bien y tengo mi contrato. No me quejo, porque tengo amigas acá que ni tienen contrato, ni nada, pues. Vivo con él de lunes a viernes, y los fines de semana me voy a donde mi prima, para estar como con mis cosas. Pero sé que yo tengo suerte, porque otras ni tienen tiempo libre ni nada [...]. Para mí es como mi viejito. Le cuido como si fuera para mi padre. A veces se me hace duro, sobre todo por las noches si hay que levantarse, son muchas horas... y por estar lejos de mi familia también. Pero en general estoy contenta y él me dice que también lo está. (*Evelyn, 31 años*).

Evelyn llegó a España hace casi 4 años. Acababa de tener a su tercera hija Marta Inés y la situación económica en Nicaragua no iba nada bien. Ella trabajaba en un despacho, pero cada vez la llamaban para ir menos horas. Recién separada de su marido y teniendo que sacar adelante ella sola a sus hijos, pidió un préstamo a un conocido y se vino. Fue una decisión muy meditada, incluso antes de quedarse embarazada de Marta Inés ya tenía claro algún día emprendería una aventura como esta. Al principio pensaba en irse a EE.UU., o “Los Estados”, como ella les llama. Pero su prima le insistía en que

---

<sup>1</sup> En adelante, SAAD.



en España iban a estar muy bien las dos juntas y que ya tenía un trabajo preparado para ella, así que finalmente se decidió por venirse. Nunca antes se había imaginado a sí misma trabajando como cuidadora, pero sabe que, gracias a ella, sus hijos pueden tener un futuro mejor.

Yo dejé atrás mi familia. Me pesan mucho mis hijos, que están allá con mi hermana. Pero esto todo lo hago por mi familia, por sacarlos adelante. Cuando hablo con mis hijos, y con la pequeña que ahora tiene 5 años, me dicen <<mamita, no se preocupe, que acá estamos bien>>. Les extraño a cada rato, pero me necesitan allá. Estoy sacando [dinero] para la casa, y algún día quiero poder pagar los estudios a mis hijos [...]. Si no fuera trabajando de cuidadora, haría de lo que fuera, porque dependen de mí y lo que les mando. *(Evelyn, 31 años)*.

Mientras me cuentan sus trayectorias, Mariano y Evelyn se preparan para salir a dar un paseo por el barrio. Ambos han hecho amistades en un parque cercano y quedan todas las tardes a tomar el sol en el mismo banco y a tomar un café en el bar de la esquina. Evelyn ha conocido a otras cuidadoras; se apoyan unas a otras e incluso se ayudan a buscar trabajo o alojamiento si alguno de sus familiares va a visitarlas o probar suerte en España. Y Mariano coincide con otras personas de “su quinta”, como él las llama, con las que puede rememorar otros tiempos o “echar su partidica de guiñote”. Pero sin duda, lo más importante para ellos, tal y como cuentan entre risas, es que ambos se encuentran felices.

## 1. INTRODUCCIÓN.

---

Mariano y Evelyn son dos nombres ficticios bajo los que se esconde una realidad que se repite con mucha frecuencia en Aragón. La historia de estas dos personas refleja el día a día de muchas familias que deben recurrir a un tercero para hacer frente a los cuidados que requieren las personas mayores en situación de dependencia, lo que constituirá el objeto de esta tesis doctoral, que se desarrollará a continuación.

### 1.1. Formulación del problema de investigación.

El proceso demográfico español está dando lugar a un aumento de la población anciana sin precedentes, lo cual, unido a los profundos cambios sociales que se están experimentando (transformación social del rol de las mujeres, envejecimiento de la población y cambios en los modelos familiares), supone todo un reto para la atención y cuidado de las personas mayores, entre las que está creciendo el número de personas en situación de dependencia.

La demanda de servicios asociados al sector de los cuidados se ha visto notablemente incrementada en los últimos años, especialmente aquellos de carácter socio-sanitario y que, por lo tanto, constituye una necesidad que requiere ser abordada desde una perspectiva multidisciplinar. Tradicionalmente ha sido la familia, en concreto las mujeres que la formaban, las encargadas de realizar las labores de cuidados. Sin embargo,

tal y como veremos en los siguientes capítulos, la actual estructura demográfica en España, pero especialmente en Aragón, demuestra que el número de potenciales cuidadores informales se está viendo disminuido drásticamente (Abellán y Puyol, 2013). De este modo, surge la necesidad de conocer en profundidad en qué zonas del territorio aragonés, cómo y a qué ritmo se está produciendo este descenso de cuidadores informales, con el fin de poder analizar detalladamente esta creciente demanda de servicios vinculados al cuidado de mayores en situación de dependencia.

Asimismo, con la aprobación de la “Ley de la Dependencia” (Ley 39/2006) en España, y su puesta en marcha en el año 2008, se inicia un proceso de transformación fundamental en el modelo tradicional de atención y cuidados, al reconocerse como derecho subjetivo la necesidad de cuidados. Sin embargo, los datos actuales muestran un escaso desarrollo de la cartera de servicios frente a las prestaciones económicas; las cifras proporcionadas por el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia corroboran esta situación. A fecha 30 de junio de 2016<sup>2</sup>, de las 1.016.420 prestaciones totales concedidas en toda España, 355.124 –más de la tercer parte-, son prestaciones económicas por cuidados familiares. Pese a los cambios que esta ley pretendía introducir en este ámbito, por ejemplo, primando las prestaciones de servicio frente a las económicas y promoviendo que las administraciones asumieran mayor responsabilidad en la provisión de cuidados, lo cierto es que la intervención pública en este sector continúa siendo muy débil. Ante esta realidad surgen cuestiones fundamentales, como la de conocer cuál ha sido la evolución del SAAD y cuáles son los modelos de prestaciones predominantes en cada CCAA, puesto que de ello dependerá en gran medida, el peso que seguirán manteniendo las familias y las estrategias que tendrán que afrontar para seguir sosteniendo y garantizando la atención a personas dependientes.

En definitiva, la carga de la atención y la responsabilidad del cuidado continúan recayendo fundamentalmente en las familias. Sin embargo, no todas pueden asumir las tareas que conllevan los cuidados, lo que provoca un aumento en la demanda de cuidadores, los cuales se buscan tanto en el sector formal, como en el informal; el perfil del cuidador tradicional en España, que se correspondía con una mujer de mediana edad (generalmente esposa o hija) se está diversificando. Las personas inmigrantes, y en

---

<sup>2</sup> Según datos proporcionados por el Sistema de Información Estadística del SAAD (IMSERSO, 2016).

especial mujeres, han ocupado estos puestos de trabajo durante los últimos años, dada la escasez de estos trabajadores en el mercado de trabajo español, de forma que han pasado a ocupar un importante rol social, tanto para el mantenimiento de las familias como para el estado de bienestar español. (Martínez-Buján, 2009).

Según datos de la Seguridad Social (2016), en España 433.013 personas estaban afiliadas al régimen de hogar de la seguridad social, de las cuales 199.485 eran extranjeros, alrededor del 46%<sup>3</sup>, lo cual permite comprobar la relevancia que la inmigración supone para nuestro sistema de cuidados y trabajo doméstico. El desglose por género de personas afiliadas en el Sistema Especial de Empleados de Hogar<sup>4</sup> demuestra una clara feminización de esta categoría laboral, ya que 410.289 de estos trabajadores son mujeres, suponiendo el 94'8% del total, por lo que en adelante, a efectos de esta investigación, se nombrará a este colectivo de trabajadoras en femenino. Los datos de afiliación a la Seguridad Social en el S. E. Empleados de Hogar (2016) indican que el 74'3% de estas trabajadoras son de procedencia extracomunitaria. Sin embargo, la nacionalidad más numerosa es la rumana, representando el 19'5% de personas extranjeras afiliadas a este régimen. Le siguen un 11'2% de trabajadoras procedentes de Bolivia, seguidas de un 9'4% de Paraguay. El resto de nacionalidades que pueden encontrarse con frecuencia son la marroquí, ucraniana, ecuatoriana, búlgara y peruana.

En España se han llevado a cabo diferentes estudios sobre la población inmigrante, que abarcan múltiples campos como, por ejemplo, su impacto en la demografía, en el mercado laboral, en la sanidad, etc. Al mismo tiempo, también han surgido algunos trabajos que tratan de conocer la relevancia de estas mujeres inmigrantes que ejercen como cuidadoras de personas dependientes (Colectivo IOÉ, 2001; IMSERSO, 2005a; Rodríguez, 2012). Por este motivo es conveniente realizar un análisis en profundidad de algunas cuestiones fundamentales que atañen a este colectivo de cuidadoras de personas dependientes. En esta investigación se ha considerado la necesidad de ahondar en un punto clave: el tipo de cuidados a personas dependientes que estas trabajadoras extranjeras están desarrollando. Conjuntamente, se atenderán a otras cuestiones poco estudiadas hasta el momento, como la forma de acceso al mercado laboral de los cuidados

---

<sup>3</sup> Datos de mayo 2016.

<sup>4</sup> En adelante, S. E. Empleados de Hogar.

o el tipo de demandas que realizan estas trabajadoras, según su propio punto de vista y el de los profesionales del Trabajo Social.

Pero el trabajo que ejercen estas mujeres no solo tiene efectos en España, en este caso como país de destino. También repercute en sus países de origen. Vivimos en un mundo globalizado en el que las trayectorias migratorias son complejas y transformadoras: modifican pautas económicas, culturales y relacionales de todos los países involucrados. Estos flujos migratorios femeninos en torno a los cuidados están dando lugar a la aparición de nuevos fenómenos sociales como las “cadenas globales de cuidados” (Hochschild, 2001), la “circulación de cuidados” (Baldassar y Merla 2014), las “familias transnacionales” (Pribilysky, 2004) o la “maternidad en la distancia” (Hernández-Cordero, 2015). Además, la incorporación de las mujeres centroamericanas al mercado de cuidados español es relativamente reciente y está llegando a alcanzar gran relevancia dentro de los flujos migratorios que llegan a nuestro país (Hernández-Cordero, 2016); dada la novedad de estas trayectorias migratorias, se parte del estudio del caso de las familias nicaragüenses en origen para conocer cómo estas migraciones femeninas están influyendo en la formación de las familias transnacionales.

La finalidad de esta investigación es tratar de conocer y comprender cómo se articulan y se relacionan dos fenómenos sociales entre sí: por un lado, el envejecimiento y el aumento de las personas en situación de dependencia y, por otro, las migraciones femeninas en torno a los cuidados y sus repercusiones tanto en destino, como en origen.

## **1.2. Recorrido por la estructura de la tesis.**

Para facilitar la lectura de esta tesis doctoral se ha optado por dividirla en tres grandes apartados. La primera parte se titula “*Introducción y planteamiento de la investigación*” y en ella se desarrollan los dos capítulos que dan forma y conectan todas las dimensiones de este trabajo.

En el “*Capítulo 1: Introducción*” descubrimos la historia de Manolo y Evelyn. Él es un señor de 84 años que actualmente se encuentra en situación de dependencia, y ella

es una mujer nicaragüense que está ejerciendo como su cuidadora principal. Su historia nos da paso a plantear los fundamentos de esta investigación y a enmarcar el objeto de estudio, que en este caso se focaliza en la relación existente entre el fuerte aumento de la demanda de cuidados en España y los flujos migratorios femeninos que son atraídos para trabajar en el sector de los cuidados.

En el “*Capítulo 2: Metodología*” se desarrolla el enfoque metodológico que se ha seguido en esta tesis. En primer lugar, se diseñan las cuestiones e interrogantes de partida, que se concretan en dos hipótesis y se exponen los objetivos generales y específicos de la investigación. Posteriormente se describen las técnicas llevadas a cabo para lograr cada uno de los objetivos.

La segunda parte comprende el “*Marco Teórico: envejecimiento y cuidadoras inmigrantes*” en el que se fundamenta la investigación. Nuevamente está compuesta por dos capítulos, en los que se abordan los dos grandes bloques temáticos en los que se enmarca la tesis: envejecimiento y migraciones femeninas en torno a los cuidados.

El “*Capítulo 3: Envejecimiento y cuidados en España*”, aborda el marco teórico y conceptual que permite contextualizar el proceso de envejecimiento español, que está originando una fuerte demanda de cuidados, así como las respuestas institucionales que se están dando antes esta problemática. En concreto, se detallará el desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, conocida como Ley de la Dependencia española, que supondrá un hito en la provisión de cuidados públicos. Además, se expone el perfil tradicional del cuidador en España.

En el “*Capítulo 4: Cuidados y migraciones*”, se exponen las principales teorías y conceptos que explican los flujos migratorios femeninos actuales, destacando conceptos como transnacionalismo, cadenas globales de cuidados, *care drain* y circulación de cuidados. Por otro lado, se incluyen datos relativos al contexto que viven las mujeres inmigrantes que trabajan como cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia.

La tercera parte ha sido llamada “*Resultados de la investigación*” e incluye los principales hallazgos realizados durante todo el proceso. Se divide en cuatro capítulos, coincidiendo con cada uno de los objetivos generales.

El “*Capítulo 5: Análisis de la carga de cuidados en Aragón*” analiza, a partir de datos de los censos y padrones de esta CCAA, la evolución de la carga de cuidados a nivel comarcal durante el periodo 1991 a 2015. En esta sección se pueden apreciar las grandes diferencias interterritoriales que se producen en suelo aragonés y la situación actual del potencial de cuidados informales, tanto global como femenino, estableciendo una tipología de comarcas en función del mismo. Durante este capítulo se constata la fuerte disminución del potencial de cuidadores informales en todo el territorio y la excesiva carga que algunas comarcas están soportando en la actualidad.

En el “*Capítulo 6: Evolución de la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. El caso de Aragón*”, se analiza el tipo de prestaciones que se han ido concediendo desde la puesta en marcha del SAAD hasta el año 2015, en todo el territorio español. Como se puede constatar en este capítulo, Aragón pasa de estar en posiciones de cabeza al comienzo del proceso, (en función del número de prestaciones concedidas), para acabar situándose como la tercera CCAA con peores cifras. Además, en este capítulo se ha desarrollado una tipología de prestaciones que permite observar el modelo de atención pública a personas en situación de dependencia que está cristalizando en cada parte del territorio español.

El “*Capítulo 7: Mujer inmigrante y su papel en la atención a la dependencia*” describe la función que las mujeres inmigrantes están ejerciendo como cuidadoras de personas dependientes. Este apartado se aborda desde la perspectiva de las propias cuidadoras, así como desde la de distintos profesionales del Trabajo Social, ONG, asociaciones del Tercer Sector y sindicatos. Se trata de dar una visión general de cómo estas mujeres están ejerciendo una importantísima labor dentro del sector de los cuidados, no siempre bien reconocida y dando lugar a situaciones laborales precarias.

Este bloque se cierra con el “*Capítulo 8: La huella de las migraciones femeninas en las familias nicaragüenses*”. En él se describen el tipo de relaciones que se establecen

entre la mujer que emigra y sus familias en origen, partiendo del estudio del caso nicaragüense llevado a cabo en ese mismo país. Consiste en conocer cómo estos flujos migratorios femeninos repercuten en las familias en origen, qué papel juegan las remesas, qué estrategias de conciliación desarrollan estas familias transnacionales y cómo circula el cuidado mediante el uso de las TIC. Se pone de manifiesto la importancia que adquiere su trabajo de cuidadoras, no solo para ellas mismas, sino para toda la familia que depende del mismo.

La cuarta y última parte “*Conclusiones*” cierra esta tesis doctoral. Se compone del “*Capítulo 9: Conclusiones y reflexiones finales*”, en el que se sintetizan los principales resultados obtenidos y se ofrece una visión de conjunto sobre todos ellos. A este apartado le acompaña la “*Bibliografía*” y los “*Anexos*”, que se componen de doce materiales complementarios, entre los que se encuentran: la operacionalización de las variables del estudio, guiones de las entrevistas realizadas por la tesis, modelos de fichas de observación, modelo de consentimiento informado, así como materiales y tablas que acompañan a los capítulos de análisis.





---

## **CAPÍTULO 2: Metodología.**

---

*Una tesis es como una partida de ajedrez, tiene cierto número de movimientos, pero desde el principio hay que estar capacitado para predecir los movimientos a efectuar con vistas a dar jaque mate al adversario; de otro modo, no se conseguiría nada.*

Umberto Eco, (1986:138).

## 2. METODOLOGÍA.

---

Esta tesis doctoral se desarrolla dentro del ámbito de estudio de la Sociología desde diversas áreas como la Sociología de las Migraciones, la Sociología de la Población y Demografía, Sociología de Género, Políticas Públicas y Sociales y sin perder de vista en ningún momento la perspectiva del Trabajo Social. Esta diversidad de miradas, permite tratar el problema de investigación desde diferentes puntos, aportando conocimientos desde perspectivas variadas que se complementan entre sí, que permiten abarcar el objeto de estudio contemplando su contexto completo y atendiendo a la complejidad que lo forma.

Los capítulos de análisis de esta investigación van a desarrollarse desde un enfoque de género. En primer lugar, se hará una distinción entre cuidadores informales (agrupando a hombres y mujeres) y entre cuidadoras informales (solo mujeres), se analizará la función de las cuidadoras inmigrantes y por último, se estudiarán las familias en origen desde los discursos de las mujeres que las forman<sup>5</sup>; de esta forma, la inclusión de la perspectiva de género en esta investigación no se ha limitado a introducir un único dato más, sino a considerar que dado el objeto de estudio de esta tesis, era esencial considerar a las mujeres como principales protagonistas del análisis (Juliano, 1998).

---

<sup>5</sup> A excepción de un testimonio que será proporcionado por un hombre.

En este capítulo vamos a desarrollar los objetivos y la metodología seguida a lo largo de esta investigación. Para ello, se parte de una serie de hipótesis que se concretarán en unos objetivos generales y específicos. La primera parte del análisis aborda la cuestión del envejecimiento y el reparto de las prestaciones del SAAD en Aragón desde una perspectiva cuantitativa, mientras que la segunda parte es eminentemente cualitativa y multisituada, ya que el trabajo de campo se desarrolla en el contexto español y nicaragüense.

El hecho de incorporar la perspectiva multisituada en este trabajo se consideró indispensable, dado que las migraciones son fenómenos complejos, que no siempre pueden estudiarse desde un único contexto, ya que inciden tanto en los países de destino como en los de origen; por ejemplo, este hecho puede observarse en el caso de las familias transnacionales, las cuales se crean y se transforman en varios contextos simultáneos y que serán uno de los objetos de estudio de esta tesis (Marcus, 2002; Mahler y Pessar, 2006).

En los dos primeros capítulos del apartado analítico de esta tesis se ha optado por realizar estudios de carácter cuantitativo, haciendo uso de datos oficiales como los proporcionados por las estadísticas del INE, IAEST, o el Siasad. Este tipo de fuentes nos permiten obtener información sobre la población residente en Aragón, así como del tipo prestaciones del SAAD que se están concediendo, constituyendo la base con la que desarrollar el trabajo de los *Capítulos 5 y 6*. Para autores como Corbetta (2003: 264) “estos datos constituyen una fuente inigualable de conocimiento social y pueden constituir material empírico (los datos) de la investigación social”.

Por el contrario, para el desarrollo de los *Capítulos 7 y 8* se ha escogido una metodología cualitativa, en la que se trabajará a partir de entrevistas cualitativas y la observación durante el trabajo de campo. Este tipo de técnicas resultan muy convenientes dado que durante estos capítulos se pretende ir más a allá de una cuantificación de datos, indagando en procesos sociales, relaciones humanas y motivaciones, entre otras. Algunos autores como Babbie (2000), explican las ventajas del trabajo de campo de la siguiente manera:

“Una de las ventajas claves de la investigación de campo es la amplitud de visión que concede a los investigadores. Al ir directamente al fenómeno social que se estudia y observarlo en forma tan completa como sea posible, los expertos pueden adquirir una comprensión más profunda y cabal. Por tanto, este modo de observación es apropiada en especial, aunque no en exclusiva, para los temas de investigación y los estudios sociales que vayan más allá de la mera cuantificación. Los investigadores de campo aprecian matices en las actitudes y las conductas que pueden escapar a los investigadores que usan otros métodos” (p. 262).

En definitiva, en las próximas páginas se va a abordar el camino que se ha seguido para componer esta tesis doctoral; tal y como se definía en la cita de Umberto Eco (1986) que encabezaba este capítulo, se desarrollará detenidamente todo el proceso metodológico seguido para alcanzar todos los objetivos que se propusieron cuando se emprendió la elaboración de este trabajo.

## **2.1. Interrogantes de partida, hipótesis y objetivos.**

Tal y como ya se adelantaba en la introducción de esta tesis, el objeto de estudio de esta investigación consiste en concretar la función que realizan las mujeres inmigrantes como cuidadoras de personas dependientes en un marco de envejecimiento, escaso desarrollo del SAAD y en un contexto globalizado, en el que el trabajo de estas mujeres también va a repercutir en sus familias en origen.

Por un lado, surgen preguntas en relación a los cambios demográficos en Aragón y la posible reducción de potenciales cuidadores informales: ¿todas las comarcas aragonesas están inmersas en un mismo proceso de envejecimiento, o existen ritmos e intensidades diferentes? ¿Los potenciales cuidadores informales se están reduciendo en el territorio aragonés? ¿Hay diferencias entre los territorios? Si tradicionalmente la mayoría de los cuidadores informales son mujeres, ¿qué ratio de potenciales cuidadoras hay en el territorio aragonés? ¿Cuáles son las ratios que se prevén en función de las actuales proyecciones demográficas? ¿En qué lugar se sitúa Aragón con respecto a España

en potencial de cuidadores informales? Todas estas preguntas son fundamentales, pues la reducción de los posibles cuidadores informales da lugar a la necesidad de que el perfil de los mismos se diversifique, dando lugar a otros tipos de cuidadores, como hombres, personas de edad avanzada o, en nuestro caso, cuidadoras inmigrantes.

Ante la escasez de cuidadores informales, la Ley de la Dependencia se configuraba como una salida a la conocida como “crisis de los cuidados” en España, en la que las administraciones debían asumir el peso de la provisión de cuidados a personas dependientes. Cabría entonces preguntarse: desde la aprobación de la Ley de la Dependencia en España, ¿cómo se ha ido desarrollando el SAAD? ¿Cuántas personas han sido valoradas y reconocidas como dependientes? ¿Cuántas prestaciones se han concedido? ¿De qué tipo son las prestaciones que actualmente tienen las personas beneficiarias? ¿Cómo se sitúa Aragón en relación al resto de Comunidades Autónomas? Según el tipo de prestaciones que se están concediendo en Aragón, ¿qué modelo de atención a la dependencia se está generando? La respuesta a estas preguntas permitirá conocer si, efectivamente, está habiendo un bajo desarrollo del sistema público y si el tipo de prestaciones concedidas, están dejando abierto un amplio mercado de trabajo a las cuidadoras inmigrantes.

El tercer bloque de preguntas hace referencia directa a las propias cuidadoras inmigrantes: ¿por qué motivo eligieron España como país de destino? ¿Quiénes son las personas a las que están cuidando? ¿Cómo accedieron a su puesto de trabajo? ¿Qué condiciones laborales tienen? ¿Qué tipo de actividades de cuidado realizan? ¿Qué repercusiones, tanto positivas como negativas tiene su trabajo? ¿Qué demandas o necesidades específicas tienen este grupo de cuidadoras? ¿Cómo perciben ellas que la sociedad valora su trabajo? Es decir, se plantean cuestiones encaminadas a lograr una mayor comprensión de la importancia que tiene su trabajo, tanto para las personas a las que cuidan, como para las propias sociedades de destino.

Pero vivimos en un mundo globalizado, en el que la decisión de migrar de estas cuidadoras no solo va a afectar en las sociedades de destino, sino que también repercute en sus países de origen. Así pues, el último conjunto de preguntas gira en torno a las siguientes cuestiones: ¿cómo son estas familias transnacionales? ¿Cómo se reorganizan

tras la marcha de estas mujeres? ¿Qué papel juegan las remesas, tanto las económicas como las sociales? ¿Cómo se comunican y mantienen sus vínculos estas familias? ¿Cómo valoran el trabajo como cuidadoras de su familiar?

Tras la formulación del problema de investigación y las anteriores preguntas, surgen dos hipótesis de partida:

**1ª HIPÓTESIS:** *Ante los cambios sociales experimentados en la sociedad española, los retos derivados del envejecimiento de la población y el actual desarrollo de la Ley de la Dependencia en Aragón, el cuidado se convierte en un nicho laboral que, con frecuencia, es ocupado por mujeres inmigrantes.*

La primera hipótesis hace referencia al primer y segundo bloque de preguntas de investigación. Recoge las cuestiones relativas al proceso de envejecimiento en España, las referentes a comprobar si realmente estamos ante una reducción del potencial de cuidadores informales, así como las destinadas a conocer el actual desarrollo del SAAD en Aragón. O, dicho de otro modo, se trata de comprobar si estos dos argumentos que suelen emplearse a la hora de justificar el peso de estas cuidadoras en el sistema español de los cuidados, efectivamente están teniendo lugar y, por lo tanto, generando una fuerte demanda de cuidados que es atendida por estas mujeres inmigrantes.

**2ª HIPÓTESIS:** *El trabajo que realizan estas cuidadoras inmigrantes es precario e invisible, pero juega un papel fundamental para tanto para las familias españolas que recurren a ellas, como para las familias en sus países de origen.*

La segunda hipótesis surge a partir del tercer y cuarto conjunto de preguntas. Es decir, se pretende conocer la función que realizan las cuidadoras inmigrantes y las condiciones laborales que asumen, así como la repercusión que tanto la decisión de

emigrar primero, como el posterior envío de remesas económicas y sociales, tienen en las familias de origen.

Ambas hipótesis de partida se desglosan en los **objetivos** descritos a continuación, lo que permitirá verificarlas posteriormente:

***A. Analizar la distribución de la carga de cuidados informales Aragón.***

- A.1. Medir la evolución de la carga de cuidados informales en Aragón en cada una de las comarcas, provincias y en el conjunto del territorio, desde el año 1991 hasta el 2015.
- A.2. Comparar la situación de la carga de cuidados en Aragón con la media española.
- A.3. Calcular la carga de cuidados en las provincias aragonesas, según proyecciones demográficas, para los años 2020, 2025 y 2029.
- A.4. Establecer tipologías a nivel comarcal en función de la distribución de la carga de cuidados informales.

***B. Examinar el desarrollo del Sistema de Atención y Dependencia en Aragón.***

- B.1. Estudiar la evolución del SAAD en Aragón, en comparación con España.
- B.2. Conocer el tipo de prestaciones predominantes que se están concediendo en Aragón.
- B.3. Establecer tipologías de prestaciones con el fin de observar qué modelos de atención a la dependencia prevalecen en cada CCAA.



***C. Analizar la situación de las cuidadoras inmigrantes que trabajan en Aragón cuidando a personas mayores en situación de dependencia.***

- C.1. Identificar las características socio-demográficas de estas cuidadoras.
- C.2. Determinar las características socio-demográficas y socio-sanitarias de las personas a quienes cuidan.
- C.3. Establecer las características de los cuidados que están ofreciendo.
- C.4. Comprender las motivaciones para ejercer como cuidadoras y las repercusiones que el acto de cuidar conlleva para estas cuidadoras inmigrantes.
- C.5. Conocer la situación laboral concreta de las cuidadoras.
- C.6. Identificar las principales necesidades y demandas expresadas de estas trabajadoras en el ámbito de los cuidados a personas dependientes.

***D. Conocer la influencia de las migraciones femeninas en torno a los cuidados en las familias en origen, mediante el estudio del caso nicaragüense.***

- D.1. Determinar las características socio-demográficas de la cuidadora y de las familias en origen.
- D.2. Conocer la situación laboral de esas cuidadoras en destino y su aportación a la economía familiar.
- D.3. Estudiar cómo se reestructuran las relaciones familiares tras la migración de la mujer que ejercerá como cuidadora en destino.
- D.4. Identificar las principales necesidades y demandas de estas familias y de las propias cuidadoras.

**2.2. Recursos metodológicos y técnicas de recogida de la información.**

Para la consecución de los objetivos propuestos se han llevado a cabo diferentes técnicas de recogida y análisis de la información; para desarrollar los objetivos generales A y B, se han escogido técnicas cuantitativas, mientras que para los objetivos generales C

y *D* se ha optado por un enfoque cualitativo. Los cuatro objetivos generales y sus respectivos objetivos específicos van a dar lugar a los cuatro capítulos que comprenden la parte analítica de la tesis.

### **2.2.1. Metodología de trabajo para el Objetivo A.**

El primer estudio que se lleva a cabo durante esta tesis, y que se corresponde con el “Capítulo 5: Análisis de la carga de cuidados en Aragón”, está enfocado a la consecución del *Objetivo A*. La metodología extendida de este apartado puede consultarse en el epígrafe metodológico de dicho capítulo, en el punto 5.3.

En este caso, se ha escogido utilizar una metodología cuantitativa, pues se trata de conocer la evolución de la carga de cuidados informales en Aragón, y para ello es imprescindible realizarlo desde una perspectiva demográfica, acudiendo a los datos estadísticos oficiales disponibles, tanto del Instituto Nacional de Estadística<sup>6</sup>, como del Instituto Aragonés de Estadística<sup>7</sup>.

Se han trabajado las pirámides de población por grupos quinquenales para los censos de los años 1991, 2001, 2011 y para el padrón municipal de habitantes del año 2015. Se escogió el 2015 como último año incluido en el estudio al ser los últimos datos oficiales disponibles en la fecha en la que se realizó el trabajo. Se incluyen las proyecciones demográficas para Aragón, sus provincias y el conjunto del territorio español proporcionadas por el IAEST, para los años 2020, 2025 y 2029. A estos datos se les ha aplicado las ratios creadas para esta investigación “Ratio Global de Cuidadores Informales” y “Ratio Femenina de Cuidadores Informales”<sup>8</sup>, para España, Aragón y para las provincias y comarcas aragonesas. Además, se han calculado los índices de variación de población total, de población cuidadora (de 50 a 74 años), tanto global como femenina, así como de personas de 80 y más años, entre el periodo 1991 y 2015. Asimismo, se ha calculado el Índice de Sobreenvejecimiento de estos territorios. Todos estos datos

---

<sup>6</sup> En adelante, INE.

<sup>7</sup> En adelante, IAEST.

<sup>8</sup> No quisiera dejar de expresar mi agradecimiento a la Profesora Titular M<sup>a</sup> del Mar del Rincón (Universidad de Zaragoza), por haber sido co-participante en la elaboración de estas ratios.

permiten, por un lado, observar la evolución del potencial de cuidados informales de los territorios y por otro, establecer una tipología que distingue entre territorios con mayor o menos potencial de cuidados informales.

### **2.2.2. Metodología de trabajo para el Objetivo B.**

El *Objetivo B* se desarrolla en el *Capítulo 6: Evolución de la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. El caso de Aragón*, y constituye el segundo estudio que se incorpora en esta tesis. Nuevamente, se opta por una metodología cuantitativa, en la que se parte de los datos estadísticos proporcionados por el Sisaad<sup>9</sup>, tomando como punto de partida septiembre de 2008, coincidiendo con los inicios del SAAD<sup>10</sup> y como fecha final mayo de 2015, puesto que coincide con la celebración de elecciones autonómicas en Aragón y en buena parte del territorio español, permitiendo así realizar el estudio coincidiendo con el cierre de un ciclo político.

Tras el análisis de la evolución del SAAD, se comparará la situación aragonesa con la media española y del resto de CCAA. De este modo se podrá observar la posición relativa que ocupa Aragón y observar en qué aspectos destaca o se ha producido un retroceso con respecto a la media nacional. Para este capítulo se ha desarrollado una tipología de prestaciones del SAAD<sup>11</sup>:

- servicios vs. prestaciones económicas.
- atención residencial vs. atención comunitaria.
- atención “formal” vs. atención “informal”.

---

<sup>9</sup> Sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

<sup>10</sup> Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

<sup>11</sup> De nuevo, agradecer a los profesores de la Universidad de Zaragoza, M<sup>a</sup> del Mar del Rincón y Ángel Sanz todo su trabajo invertido en este capítulo, y haberme permitido continuar con el trabajo que ambos presentaron en el II Congreso de la Red Española de Política Social.

Siguiendo esta tipología se clasificarán las CCAA según el tipo de prestaciones que estén otorgando, lo que permitirá saber qué modelos de atención a personas en situación de dependencia predominan en cada territorio y si se está cumpliendo con los objetivos que se establecían en la conocida como Ley de la Dependencia.

### **2.2.3. Metodología de trabajo para el Objetivo C.**

En el *Capítulo 7: Mujer inmigrante y su papel en la atención a la dependencia*, se va a desarrollar el tercer estudio, cuyo propósito es alcanzar el *Objetivo C*. Es eminentemente cualitativo, ya que las cifras exactas de cuidadoras inmigrantes que trabajan como cuidadoras de personas en situación de dependencia, son imposibles de conocer, ya que intervienen dos factores clave: por un lado, algunas de estas cuidadoras se encuentran en situación administrativa irregular, es decir, no siempre se tiene constancia de que estén residiendo en el país. Y, por otro lado, no todas estas mujeres están correctamente inscritas en el Sistema Especial para Empleados de Hogar de la Seguridad Social, puesto que incluso algunas de ellas pueden no tener un contrato de trabajo.

La recogida de información durante el trabajo de campo se ha realizado mediante entrevistas en profundidad semi-estructuradas. Este tipo de entrevistas permiten al investigador disponer de un guion inicial en el que se recogen y ordenan los grandes temas que deben tratarse a lo largo de la entrevista, pero que a su vez otorgan libertad al etnógrafo a la hora de su planteamiento, orientación, pedir aclaraciones al entrevistado en cualquier momento, reformular cuestiones..., es decir, este planteamiento cualitativo dota de cierta flexibilidad a la investigación, lo cual es altamente necesario en el contexto en el que se desarrolla el estudio, en el que, en ocasiones, las barreras del idioma pueden dificultar la comunicación con las entrevistadas y hacer imperante la adaptación de las preguntas (Vallés, 1997). Las entrevistas dirigidas a cuidadoras se han realizado desde septiembre de 2014 hasta diciembre de 2015. Las entrevistas a profesionales se han realizado desde mayo de 2015 hasta junio de 2016.

Para la elaboración de los guiones de las entrevistas se llevó a cabo un trabajo previo de operacionalización de las variables, partiendo de los objetivos específicos propuestos para el *Objetivo C*. Esta información detallada puede consultarse en el *Anexo I. Operacionalización de las variables del Objetivo C*. De ahí se pudieron extraer los guiones para las entrevistas de las cuidadoras y para los profesionales, que pueden consultarse en el *ANEXO III. Guion de entrevista semi-estructurada correspondiente al Objetivo C: cuidadoras en Aragón (España)* y el *ANEXO IV. Guion de entrevista semi-estructurada a profesionales de entidades sociales en Aragón (España)*.

Se han realizado un total de 20 entrevistas a cuidadoras inmigrantes de personas en situación de dependencia, de las cuales 14 se han efectuado en la ciudad de Zaragoza por ser el lugar donde trabajaban, 4 en Huesca y 2 en Teruel. En la selección de las cuidadoras que iban a ser entrevistadas se procuró que estuvieran representadas las nacionalidades más frecuentes que trabajan en sector de los cuidados en España, trabajadoras con situación administrativa regular e irregular, con o sin contrato de trabajo, así como de distintas edades (aunque priorizando las edades comprendidas entre los 35 y 55 años). El contacto con estas cuidadoras se efectuó a través de profesionales que trabajan directamente con estas mujeres, bien gestionando bolsas de trabajo de servicio doméstico, trabajo directo con personas inmigrantes o mediante servicios de orientación generales para todo tipo de trabajadores. Esto facilitó la selección de la muestra acorde con el propósito de esta investigación, así como una primera aproximación con las informantes generando un clima de confianza<sup>12</sup>.

Para facilitar el seguimiento del análisis se ha añadido la *Tabla 1. Características de las cuidadoras participantes en el estudio*, en la que se puede consultar los principales datos de las mujeres entrevistadas. Para garantizar el anonimato de las participantes, se le asignó un código a cada una de ellas, cuyo número se corresponde con el orden cronológico en el que se llevaron a cabo las entrevistas, quedando de la siguiente manera: *Cuidadora X*.

---

<sup>12</sup> Cabe señalar que previamente se había realizado un estudio exploratorio titulado “*Personas inmigrantes como cuidadores de mayores dependientes: tipo de cuidados que ejercen*”, que supuso mi tesina o Trabajo de Fin de Máster, del programa de Máster en Sociología de las Políticas Públicas y Sociales, de la Universidad de Zaragoza, durante el curso 2012-2013.

Tabla 1. Características de las cuidadoras participantes en el estudio.

	<b>Edad y nacionalidad.</b>	<b>Tiempo residiendo en España.</b>	<b>Trabajo como cuidadora.</b>
<i>Cuidadora 1</i>	46 años, nicaragüense.	4 años de residencia con permisos.	Trabajo como interna, diario, con 5 de descanso.
<i>Cuidadora 2</i>	54 años, colombiana.	5 años y permisos.	Lunes a sábado. Desde las 6 hasta las 21.
<i>Cuidadora 3</i>	24 años, rumana.	1 año y permisos.	8 horas diarias toda la semana.
<i>Cuidadora 4</i>	57 años, ecuatoriana.	13 años y permisos.	Interna. Diario. 3 horas de descanso.
<i>Cuidadora 5</i>	59 años, ecuatoriana.	12 años y permisos.	Interna. Diario, todos los días 24 horas.
<i>Cuidadora 6</i>	45 años, rumana.	7 años y permisos.	De jueves a martes. 10 horas al día.
<i>Cuidadora 7</i>	40 años, ecuatoriana.	15 y permisos. Problemas con nacionalidad.	De lunes a viernes. 8 horas diarias.
<i>Cuidadora 8</i>	33 años, doble nacionalidad: ecuatoriana, española.	12 años y permisos.	De lunes a viernes. 5 horas diarias.
<i>Cuidadora 9</i>	45 años, nicaragüense.	5 años y permiso de residencia.	Interna. Diario, 24 horas todos los días.
<i>Cuidadora 10</i>	49 años, ecuatoriana.	10 años y nacionalizada.	Diario. 5 horas al día.
<i>Cuidadora 11</i>	45 años, paraguaya.	15 años y nacionalizada.	40 horas mensuales.
<i>Cuidadora 12</i>	42 años, boliviana.	3 meses, sin permisos.	6 días a la semana, trabajo de noches cuidando en hospitales.
<i>Cuidadora 13</i>	51 años, boliviana.	2 años y permisos.	Interna. Diario, 24 horas todos los días.
<i>Cuidadora 14</i>	40 años, nicaragüense.	5 años, y permisos.	Interna. Diario, 2 horas de descanso.
<i>Cuidadora 15</i>	35 años, marroquí.	3 años y permisos.	Interna. 5 días a la semana.

<i>Cuidadora 16</i>	29 años, ucraniana.	4 años y permisos.	Horas sueltas, una media de 6 horas diarias.
<i>Cuidadora 17</i>	46 años, peruana.	15 años y nacionalizada.	Interna, 5 días a la semana.
<i>Cuidadora 18</i>	30 años, búlgara.	Menos de 1 año, en trámites.	Tres horas al día, 6 días a la semana.
<i>Cuidadora 19</i>	36 años, nicaragüense.	6 años y permisos.	Interna. Diario, 24 horas todos los días.
<i>Cuidadora 20</i>	37 años, puertorriqueña.	7 años y permisos.	40 horas semanales.

Fuente: elaboración propia.

Se consideró necesario para alcanzar el objetivo propuesto en este apartado incluir el punto de vista de los propios profesionales que trabajan con estas mujeres. Para ello se han realizado 12 entrevistas a trabajadores de diferentes ámbitos: servicios públicos, sindicatos, ONG, agrupaciones religiosas, organizaciones del tercer sector... 8 de ellos han sido trabajadores sociales, ya que se ha pretendido incorporar el enfoque del Trabajo Social en esta investigación. Se trata de informantes privilegiados:

“Podemos decidir entrevistar a personas no en calidad de parte del fenómeno estudiado, sino en cuanto a conocedores y expertos de este fenómeno, del cual tienen una visión directa y profunda que les coloca en una posición privilegiada de observación. Por este motivo les llamamos <<observadores privilegiados>>”. (Corbetta, 2003, p. 382).

Con el objetivo de garantizar en todo momento el anonimato también de los profesionales que han participado, se les ha asignado un código siguiendo el orden en el que se realizaron las entrevistas, quedando de esta forma: *Profesional X*. Igualmente, se ha elaborado una tabla resumen de las principales características de estos informantes, *Tabla 2. características de los profesionales participantes en el estudio*, que se presenta a continuación.

Tabla 2. Características de los profesionales participantes en el estudio.

	<b>Situación laboral.</b>	<b>Tipo de servicio que prestan.</b>
<i>Profesional 1</i>	Trabajadora social en ONG.	Asesoría jurídica y legal a personas inmigrantes.
<i>Profesional 2</i>	Abogada en sindicato.	Asesoría jurídica y legal a personas inmigrantes.
<i>Profesional 3</i>	Educadora social en ONG.	Primera acogida a personas en situación administrativa irregular
<i>Profesional 4</i>	Trabajadora social en ONG.	Acogida, diagnóstico, itinerario de inserción.
<i>Profesional 5</i>	Orientadora laboral en ONG.	Acogida, diagnóstico, itinerario de inserción.
<i>Profesional 6</i>	Trabajadora social en ONG.	Formación para cuidadoras inmigrantes.
<i>Profesional 7</i>	Trabajadora social en servicio público.	Gestión bolsa de empleo de servicio doméstico.
<i>Profesional 8</i>	Trabajadora social en servicio público.	Acogida, diagnóstico, itinerario de inserción.
<i>Profesional 9</i>	Trabajadora social en ONG.	Formación para cuidadores.
<i>Profesional 10</i>	Trabajadora social, presidenta de asociación.	Cooperación en origen; enlace entre país de destino y origen.
<i>Profesional 11</i>	Trabajador social, presidente asociación.	Fomento de buenas prácticas en Trabajo Social con inmigrantes.
<i>Profesional 12</i>	Abogada en sindicato.	Asesoría jurídica y legal a personas inmigrantes.

Fuente: elaboración propia.

#### **2.2.4. Metodología de trabajo para el Objetivo D.**

El último estudio realizado en esta tesis se corresponde con el *Capítulo 8: La huella de las migraciones femeninas en las familias nicaragüenses*, y en él se van a desarrollar



los objetivos propuestos en el *Objetivo D*. Nuevamente estamos ante un capítulo cualitativo, dado su objeto de estudio. El trabajo de campo de este capítulo se desarrolló durante mi estancia de investigación en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León<sup>13</sup>, que tuvo lugar el Centro de Investigación Demografía y Salud UNAN - León<sup>14</sup>, durante los meses de abril a julio (ambos incluidos) del año 2014.

Se optó por aportar a esta tesis la perspectiva de las familias en las que alguna de sus miembros había emigrado a España para trabajar como cuidadoras de personas en situación de dependencia, puesto que durante las entrevistas a cuidadoras en España se había detectado la importancia que tenía para ellas su trabajo de cara a mejorar la situación de la familia que permanecía en origen. Por este motivo se determinó la conveniencia de realizar trabajo campo con familias de cuidadoras en sus países de origen.

Se escogió Nicaragua como país en el que recoger esta información por diversos motivos. En primer lugar, la preferencia era que fuese un país Latinoamericano, ya que muchas de estas cuidadoras proceden de ahí; además, compartir el mismo idioma facilita la posibilidad de realizar entrevistas en profundidad y se evitan ciertas barreras en el lenguaje. La migración centroamericana hacia España es, como veremos más adelante, un fenómeno relativamente novedoso y todavía poco estudiado en nuestro país, con lo que existe un alto interés científico en describir y estudiar este fenómeno. Asimismo, en los últimos años se ha producido un notable aumento de la migración nicaragüense procedente de los departamentos de León y Chinandega hacia la ciudad de Zaragoza. Según los datos del Padrón Municipal de Zaragoza, en el año 2015, había en dicha ciudad 4.882 nicaragüenses, lo que representaba el 0'7% de la población de la ciudad de Zaragoza y el 10'1% de los extranjeros que estaban residiendo en ella. También cabe señalar que desde hace muchos años las ciudades León (Nicaragua) y Zaragoza (España) están hermanadas, incluso comparten un intenso intercambio de estudiantes y profesores de varias carreras entre la Universidad de Zaragoza y la UNAN-León como, por ejemplo, en Medicina, Veterinaria y Trabajo Social, lo que facilitó los contactos previos para poder formalizar la estancia de investigación.

---

<sup>13</sup> En adelante, UNAN-León.

<sup>14</sup> En adelante, CIDS.

Las particularidades de la población nicaragüense llevaron a optar por la técnica conocida como “bola de nieve” y el “puerta a puerta<sup>15</sup>” para la localización y contacto de las familias informantes. En un primer momento, el personal investigador del CIDS proporcionó los primeros contactos con las familias. Una vez sobre el terreno, se procedió a preguntar a estos mismos informantes si tenían conocimiento de alguna otra familia vecina en la que alguien hubiese emigrado. Si la respuesta era positiva se procedía a entablar contacto con esas familias. También se recorrieron diversas zonas o calles en las que se tenía información sobre personas que habían emigrado; se preguntaba puerta a puerta hasta dar con la familia que cumplía con los requisitos.

Se realizaron 25 entrevistas semi-estructuradas a familias en Nicaragua, de las que finalmente han sido seleccionadas 20 para este estudio. Esto es debido a que no todas las personas entrevistadas han podido dar información suficiente, bien por rechazar dar datos sobre sus familiares en España o porque su situación personal o emocional impedía elaborar discursos coherentes. El no poder contactar con estas personas previamente y mantener una primera entrevista breve, como sí ocurría con el resto de entrevistas incluidas en esta tesis, ocasionaba este tipo de problemas. En cualquier caso, estas visitas sí permitían recoger información mediante la técnica de la observación: en todas las entrevistas se acompañaba el registro de la información con una ficha de observación (cuyo modelo puede consultarse en el *ANEXO VII. Ficha de observación en Nicaragua.*) que permitía incorporar elementos imprescindibles que no se podían registrar únicamente con la entrevista (como el aspecto de la casa, por ejemplo). En total, se pudieron completar 25 fichas de observación. En algunas de estas jornadas de trabajo de campo me acompañó el fotógrafo del CIDS que me regaló fotografías de las entrevistas<sup>16</sup>; algunas de estas imágenes se han utilizado en el *Capítulo 8* para ilustrar los resultados más significativos del estudio.

El guion de las entrevistas se ha elaborado partiendo de la operacionalización de las variables de los objetivos específicos del *Objetivo D*. En el *ANEXO II. Operacionalización de las variables del Objetivo D*, puede consultarse dicha información

---

<sup>15</sup> O “casa a casa”, tal y como lo denominan allí.

<sup>16</sup> “MR;WIL – Fotografía”, cuya autoría en ciertas imágenes se acredita a lo largo del trabajo.

pormenorizada. Dicho guion se ha incorporado en el ANEXO V. *Guion de entrevista semi-estructurada correspondiente al Objetivo D: familias en origen (Nicaragua).*

Para garantizar el anonimato de las familias entrevistadas, se les ha asignado un código a cada una de ellas, cuyo orden se corresponde con el mismo en el que se efectuaron las entrevistas, quedando de la siguiente manera: *Familia X*. En la *Tabla 3. Características de las familias nicaragüenses participantes en el estudio*, se recogen los datos más relevantes de estas entrevistas. Se pueden localizar tablas más detalladas en el ANEXO XII. *Materiales y tablas complementarias del Capítulo 8.*

Tabla 3. Características de las familias nicaragüenses participantes en el estudio.

	<b>Parentesco con la cuidadora en España.</b>	<b>Características principales.</b>
<i>Familia 1</i>	Madre	Su hija emigró por motivos económicos. Cuida de sus nietos.
<i>Familia 2</i>	Madre	Su hija emigró por falta de oportunidades laborales.
<i>Familia 3</i>	Cuñada	Han montado un negocio familiar con las remesas que envía su cuñada.
<i>Familia 4</i>	Hermana	Antes se repartían el cuidado de sus padres, ahora ella sola y su hermana les envía dinero.
<i>Familia 5</i>	Tía	Ha cuidado a sus hermanos, a sus sobrinos y a sus nietos cada vez que alguien de su familia ha emigrado.
<i>Familia 6</i>	Madre	Cuida a sus nietos en ausencia de su hija. También cuida algunas horas a los hijos de otras vecinas que han emigrado.
<i>Familia 7</i>	Hija	Su madre la dejó a ella al cargo de sus hermanos pequeños.
<i>Familia 8</i>	Hermana	Su madre emigró por motivos económicos y ahora vive con su abuela.

<i>Familia 9</i>	Esposo	Su mujer emigró para ahorrar dinero con el que construir una casa. Él cuida de su familia.
<i>Familia 10</i>	Hija	Mientras fue menor de edad vivía con su tía. Ahora se prepara para ir a trabajar a España con su madre.
<i>Familia 11</i>	Madre	Sus dos hijas han emigrado y cuida de los hijos de una de ellas.
<i>Familia 12</i>	Madre	Ahorraron mucho tiempo para que su hija pudiera pagar el viaje a España, trabajan cuidando a los hijos de otras mujeres que emigraron.
<i>Familia 13</i>	Hermana	Cuida de los hijos de su hermana y de los de su sobrina, ambas trabajando en España.
<i>Familia 14</i>	Hermana	Mantienen poco contacto porque su hermana lleva años trabajando en diferentes países.
<i>Familia 15</i>	Prima	Cuida de los hijos de su prima.
<i>Familia 16</i>	Cuñada	Revisa que todo esté en orden en la familia de su cuñada. Cuida a los hijos de sus hermanos que han emigrado a EE.UU.
<i>Familia 17</i>	Madre	Cuida de sus nietos.
<i>Familia 18</i>	Madre	Cuida de su nieta, pero su hija está pendiente a diario.
<i>Familia 19</i>	Hija	Se hace cargo de sus abuelos.
<i>Familia 20</i>	Hermana	Cuida de sus sobrinos.

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, se entrevistó a 6 profesionales en Nicaragua, procedentes de diferentes campos. Se optó por un modelo de entrevista abierta, puesto que permite adaptar totalmente la entrevista a las circunstancias de los informantes. El guion, o esquema básico de estas entrevistas, puede consultarse en el ANEXO VI. *Guion de entrevista abierta a profesionales en León y Chinandega (Nicaragua)*. En la Tabla 4.

Características de los profesionales nicaragüenses participantes en el estudio, se pueden consultar el perfil resumido de estos informantes.

Tabla 4. Características de los profesionales nicaragüenses participantes en el estudio.

	<b>Contexto laboral.</b>
<i>Profesional nicaragüense 1</i>	Investigador en el CIDS.
<i>Profesional nicaragüense 2</i>	Investigadora en el CIDS.
<i>Profesional nicaragüense 3</i>	Profesora de Trabajo Social.
<i>Profesional nicaragüense 4</i>	Trabajadora social en ONG.
<i>Profesional nicaragüense 5</i>	Técnico de la alcaldía de León.
<i>Profesional nicaragüense 6</i>	Profesor de Trabajo Social.

Fuente: elaboración propia.

### 2.3. Algunas consideraciones éticas.

Como ya se ha señalado en anteriores apartados, los *Capítulos 7 y 8* se corresponden con estudios cuya base es cualitativa. Toda investigación cualitativa que, como en este caso, trabaja y extrae información a través de personas, debe garantizar en todo momento el mayor de los respetos por estos informantes. Salvaguardar el anonimato de todos ellos es una cuestión fundamental, así como preservar su derecho en todo momento a cesar la entrevista, incluso a retirarse de la investigación en cualquier momento.

Dado el carácter sensible de esta investigación, al tratarse de mujeres entre las que no todas cuentan con una situación administrativa regular, cobra más relevancia aún si cabe no solo protegerlas a ellas como informantes, sino también a los profesionales que trabajan con ellas. Muchos de estos profesionales declaraban que atienden a todas las usuarias posibles, sin tener en cuenta su situación administrativa, con lo que se ha optado por no mencionar a ninguna institución u organización concreta para la que están trabajando.

Además, tanto en las entrevistas realizadas en España a cuidadoras y profesionales, como las efectuadas en Nicaragua a familias y profesionales, se siguieron protocolos de presentación y obtención de consentimiento informado por parte de todos los participantes. Este protocolo se puso en marcha por primera vez en las entrevistas realizadas a las cuidadoras en España y, posteriormente, se adaptó para cumplir con los estándares establecidos por Nicaragua para poder realizar este tipo de investigaciones cualitativas.

#### ***Protocolo seguido con las cuidadoras en España.***

Tal y como ya se ha explicado anteriormente, las cuidadoras fueron localizadas a través de contactos proporcionados por profesionales que trabajan o habían trabajado alguna vez con ellas como usuarias. Este primer contacto era establecido exclusivamente por el profesional que les realizaba una breve presentación mía y de los objetivos de mi investigación, de la duración de la entrevista y les confirmaba la garantía total de anonimato durante todo el proceso. Solamente si ellas accedían a ser entrevistadas, obtenía sus números de teléfono o contactos.

Tras el primer contacto telefónico que tenía con ellas, en el que presentaba personalmente la investigación, volvía a solicitarles su consentimiento para realizar la entrevista. En este punto de la búsqueda de informantes, algunas de ellas decidieron rechazar continuar la colaboración, procediéndose a continuación a destruir todos los datos relacionados con ellas (“Ficha de contactos”).

Una vez llegado el día de la entrevista, las cuidadoras leían el documento “Consentimiento informado: cuidadoras en España” (ver *ANEXO VIII. Consentimiento informado: cuidadoras en España*) en el que además de informarles sobre sus derechos de retirarse en cualquier momento de la entrevista y la garantía de anonimato, se les pedía consentimiento para grabar un audio de la entrevista. Dicho consentimiento quedaba registrado mediante la firma de dicho documento y mediante la grabación del archivo de audio en el que, una vez conectada la grabadora se les pedía que confirmasen su acuerdo para participar en la entrevista. Ninguna de las entrevistadas rehusó que la conversación fuera grabada, ninguna se retiró o dejó preguntas sin contestar y ninguna de ellas ha pedido posteriormente que se eliminase la información que habían proporcionado.

#### ***Protocolo seguido con las familias nicaragüenses.***

La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León somete a todos los estudios que se llevan a cabo en su Universidad a la revisión del proyecto de investigación por parte de un Comité de Ética. Por tal motivo, a mi llegada a la UNAM se me solicitó que remitiría un breve proyecto de mi tesis, explicando detalladamente los objetivos de mi estancia, así como el procedimiento que iba a seguir en las entrevistas y el guion de las mismas. Se recibió una respuesta positiva y el proyecto quedó validado.

Debido a las peculiaridades ya explicadas anteriormente de la población a la que iban dirigidas las entrevistas en este estudio, y puesto que no era posible realizar contactos previos telefónicos, se consideró necesario que a las entrevistas me acompañase un/a investigador/a o profesor/a del CIDS o de la UNAM-León, que me ayudaba a presentar el estudio y transmitía confianza a las familias que iban a responder (hay que tener en cuenta que algunas de ellas, tenían familiares en España en situación administrativa irregular). Si accedían a participar, se les solicitaba que leyeran y firmasen el documento “Consentimiento informado: familiares en Nicaragua” (ver *ANEXO IX. Consentimiento informado: familias en Nicaragua*), modelo que se adaptó a las especificidades de este apartado de la investigación.

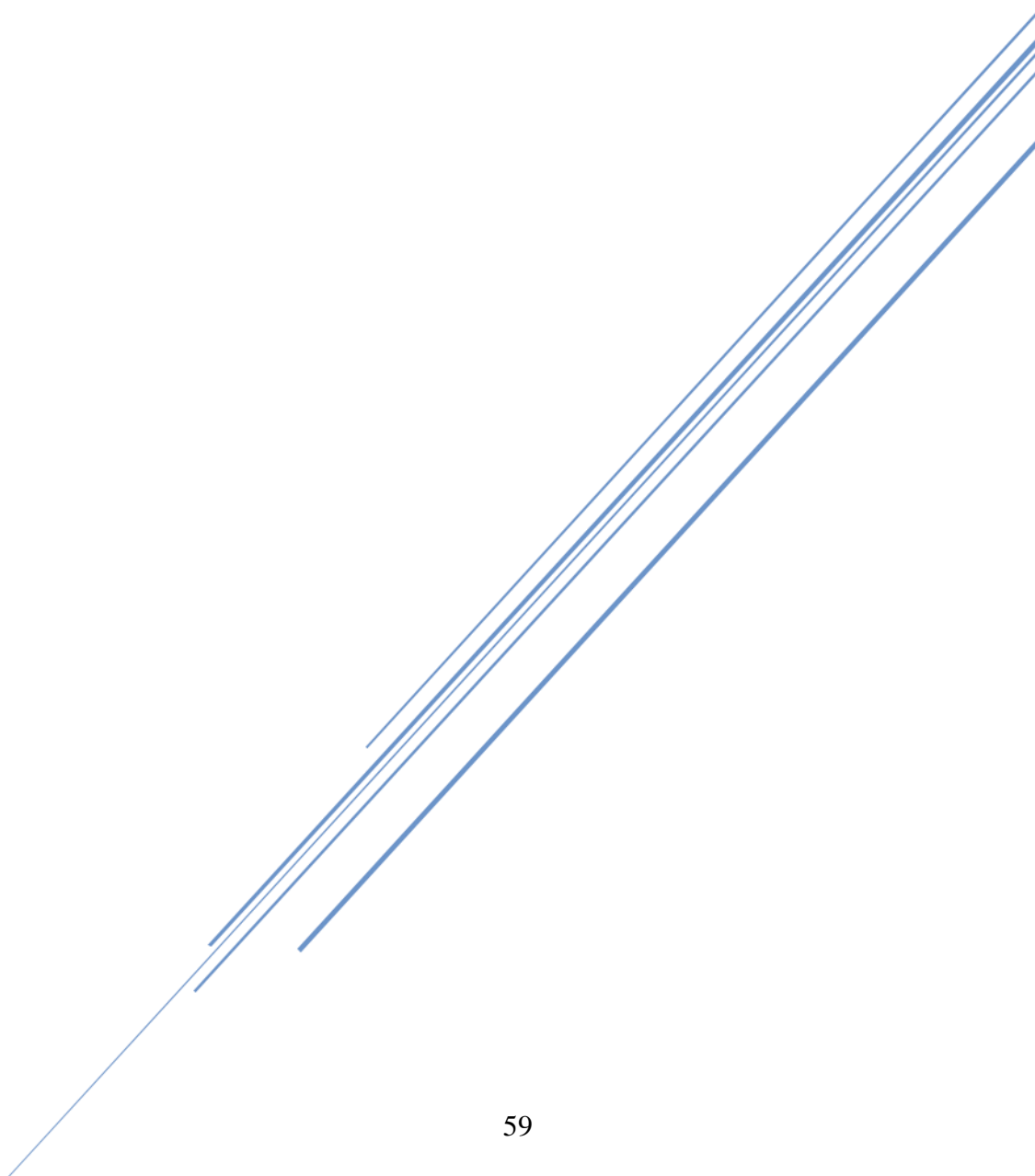
***Protocolo seguido con profesionales en España y en Nicaragua.***

Tanto en las entrevistas realizadas a profesionales en España, como las realizadas a diferentes profesionales en Nicaragua, se siguió un protocolo similar. En todos los casos, durante la primera toma de contacto se llevó a cabo una presentación previa de la investigación y se les solicitaba una reunión para poder formalizar la entrevista. Antes de comenzar la entrevista se les recordaba su derecho a retirarse de la investigación y a garantizar totalmente su anonimato, omitiendo incluso la institución u organismo para el que trabajan. Previamente se les solicitaba permiso para realizar la grabación de la entrevista, en la que también queda registrado su consentimiento.





## **II PARTE: Marco teórico.**





---

## **CAPÍTULO 3: Envejecimiento y cuidados.**

---

### **3. ENVEJECIMIENTO Y CUIDADOS EN ESPAÑA.**

#### **3.1. Envejecimiento de la población.**

En la actualidad, el proceso de envejecimiento de la población es un fenómeno de alcance mundial, que afecta de forma particular a Europa y al resto de países industrializados. España no escapa a dicho proceso, pues su demografía ha experimentado una importante transformación en las últimas décadas, lo cual ha conllevado una serie de profundos cambios en las características y composición de su población.

Según la Estadística del Padrón Continuo (INE, 2018b), España continúa inmersa desde hace tiempo en ese proceso de envejecimiento. El 1 de enero 2018 había 8.905.738 personas de 65 y más años, lo cual supone el 19,07% de la población española total; en 1970 el número de personas mayores no superaba las 3.400.000. Este aumento se debe, en gran parte, a que el número octogenarios ha crecido, tomando un protagonismo creciente en la sociedad, llegando a conformar el 6,15% del total de españoles y el 32,24% de las personas mayores: a este fenómeno se le conoce como “envejecimiento del envejecimiento”.

Algunos autores, como Gómez-Redondo (2011) hablan de la “feminización de la vejez”. Pese a que nacen más hombres que mujeres, el número se iguala a partir de los 35-40 años, mientras que, en la vejez, estas superan notablemente en número a los varones.

“La preponderancia relativa de las mujeres de edad madura y avanzada se ha convertido en un factor claro de feminización del conjunto social, hasta el punto de que muy pronto casi uno de cada diez ciudadanos españoles será una mujer de 65 o más años”. (Gómez-Redondo, 2011, p. 47).

### ***3.1.1. Aumento de la esperanza de vida***

La esperanza de vida es uno de los indicadores más representativos a la hora de reflejar cómo influyen y cuáles son las consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país. Podría definirse como:

“Un indicador sintético de la mortalidad muy utilizado que se obtiene a partir del cálculo de la tabla de mortalidad. Representa la edad media de fallecimiento al alcanzar una edad determinada para una generación de personas nacidas en un año determinado y sujeta a los riesgos de mortalidad experimentados por los individuos de cada edad a lo largo de ese mismo año. Los más utilizados son la esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años”. (Gómez-Redondo, 2011, p. 78).

Como se puede observar en los datos del Movimiento Natural de la Población (INE, 2018c), la longevidad se ha incrementado de forma espectacular, pues en 1900 la esperanza de vida al nacimiento era de 34,8 años, situándose en estos momentos en torno a los 83,1 años de media para ambos sexos. Siguiendo con los mismos datos, se puede observar que la esperanza de vida de las mujeres españolas es de 85,7 años, mientras que la de los varones se sitúa en los 80,4 años, siendo una de las tasas más altas de la Unión Europea. La esperanza de vida a los 65, con las actuales condiciones de mortalidad, se sitúa para los hombres en 19,1 años más y en 23,0 años más para las mujeres<sup>17</sup>.

Para Abellán y Esparza (2011), sin duda, uno de los factores claves en el aumento de la esperanza de vida, ha sido el notable descenso de la mortalidad infantil, que se ha visto favorecido por unas mejores condiciones de vida, avances médicos y por la

---

<sup>17</sup> Según datos de: INE (2018c).

cobertura sanitaria de la asistencia en el parto. Los patrones de mortalidad han variado también en otros sentidos, el 83,5% de todos los fallecidos en España son personas mayores de 65 años<sup>18</sup>. Abellán y Esparza (2011, p. 3) sostienen que sigue existiendo “un declive de la mortalidad a edades altas, lo que provoca una mayor supervivencia de los mayores y un envejecimiento de los ya viejos”. Esto se aprecia al observar la morbilidad hospitalaria (altas); los mayores suponen el 33,2% de todos los ingresos<sup>19</sup>, representando estancias más altas si se comparan con el resto de grupos de edad.

### **3.1.2. Incremento de las enfermedades degenerativas.**

El envejecimiento de la población genera una amplia variedad de demandas en el cuidado, unido a la proliferación de enfermedades mentales, como el Alzheimer y otra serie de enfermedades crónicas y degenerativas, ha ido generando una importante conciencia social, lo que ha provocado la incorporación en la agenda política de todo aquello que guarda relación directa con las situaciones de dependencia (Arriba y Moreno, 2009). O, dicho de otro modo, los datos y estudios corroboran que la mortalidad en España está condicionada por las principales causas de muerte entre los mayores, produciéndose un cambio interesante, dado que las enfermedades degenerativas llegan a sustituir ya a otras históricamente más importantes. En el año 2011, por ejemplo, “la principal causa de muerte entre los mayores está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio (...) El cáncer es la segunda causa de muerte (...). En tercer lugar, a distancia, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias” (Abellán y Esparza, 2011, p. 3-4). Además, en los últimos lustros, ha aumentado notablemente la mortalidad debida a enfermedades mentales y nerviosas, mientras que en los últimos años se han ido reduciendo el resto de causas anteriormente descritas, debido al descenso de la mortalidad (Abellán, et al., 2018).

Además, en los últimos años se ha incrementado la tasa de discapacidad, “a los 80 años, más de la mitad de los españoles tiene problemas para realizar actividades de la vida cotidiana” (Abellán y Esparza, 2011, p. 4), es decir, el envejecimiento suele conllevar

---

<sup>18</sup> Según los datos que Abellán y Esparza (2011) extraen del Avance de Explotación del Padrón 2011 (INE).

<sup>19</sup> Según datos de: INE (2018a).

situaciones de dependencia que requieren que esas personas reciban una serie de cuidados.

### ***3.1.3. Envejecimiento, procesos sociales y demanda de cuidados.***

Aunque en muchas ocasiones se tiende a pensar en el envejecimiento en términos negativos, no se debe olvidar que, gracias al esfuerzo humano, hoy en día podemos vivir más y mejor. Según el Libro Blanco de la Dependencia, el envejecimiento “constituye una de las transformaciones sociales más importantes producidas en el último tercio del pasado siglo” (IMSERSO, 2004b, p. 30). Las instituciones sociales y políticas han comenzado a ajustar algunas de sus actuaciones a la nueva realidad demográfica, la cual demanda constantemente una mayor protección y apoyo social, un aumento de servicios especializados y una concienciación generalizada de la realidad de las personas que se encuentran en situación de dependencia.

Al revisar la distinta documentación relativa al envejecimiento, se puede observar cómo todos los expertos coinciden en señalar que la prioridad de las sociedades actuales debería ser “cubrir las necesidades de cuidados y atención a las personas dependientes, cuyo número, como ya se ha visto, se está viendo enormemente incrementado como consecuencia del aumento de la población de avanzada edad” (IMSERSO, 2004b, p. 14-15). Tal y como se irá argumentando a lo largo de esta investigación, el envejecimiento que se está produciendo, tiene lugar al mismo tiempo que la denominada “crisis de los sistemas de apoyo informal” que tradicionalmente habían respondido ante estas necesidades. En concreto, ya en el año 1995, Del Rincón (1995) destacaba las siguientes consecuencias de los procesos sociales contemporáneos ante la situación de envejecimiento:

“La incorporación creciente de la mujer a la actividad laboral, la elevada movilidad geográfica, la concentración de la población en hábitats urbanos, el limitado número de hijos por pareja, la atomización de las unidades familiares y su dispersión espacial, los cambios en los valores y en los modelos de responsabilidad intergeneracional, entre otros, dibujan una nueva



organización social en la que las redes sociales se debilitan, los vínculos sociales se formalizan y mercantilizan y las estructuras tradicionales se desmoronan. En ella el potencial de ayuda informal quedará substancialmente mermado por la propia crisis de las redes primarias de solidaridad (familia y comunidad) y por la evolución demográfica prevista, que reduce drásticamente el número de posibles cuidadores; consecuentemente, la presión asistencial del colectivo sobre los recursos socio-sanitarios disponibles se agravará” (p. 12).

### **3.2. Respuestas ante la nueva necesidad de cuidados.**

La respuesta que desde las sociedades modernas se ha ido dando a la dependencia, o, dicho con otras palabras, a los cuidados de larga duración, es consecuencia del mencionado cambio demográfico que se está produciendo. Y aunque la necesidad de cuidados no es algo exclusivo de la vejez, a partir de cierta edad, dicha necesidad sí se ve incrementada notablemente, lo cual supone un reto complejo para las sociedades, que merece especial atención.

#### ***3.2.1. Modelo tradicional: papel de la familia, cuidados informales. Cambio familiar: crisis del modelo familiar.***

El envejecimiento de la población supone que las personas demanden una mayor cantidad de cuidados para la asistencia en sus actividades de la vida diaria. Tradicionalmente, esta provisión de cuidados recaía en las familias. El Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2004b) sitúa a España como paradigma del modelo latino de cuidados. Este modelo es especialmente valorado por los países del Norte de Europa, y consiste en situar a la familia como la principal fuente de cuidados a lo largo del ciclo vital de los individuos. Sin embargo, según explica Libro Blanco de la Dependencia, el cambio que ha sufrido el modelo de familia tradicional nuclear, y la incorporación de las mujeres al mercado laboral o, dicho de otra forma, al trabajo fuera del ámbito familiar, han originado un “vacío” en el modelo de cuidados.

A lo largo de los años las personas necesitan apoyo, bien sea emocional, estratégico o material, y este es indispensable para garantizar la calidad de vida y el bienestar personal que, desde el punto de vista de los cuidados, debería asegurarse tanto para las personas que los reciben, como para las que los imparten. Una de las vías para garantizarlo sería combinar los servicios profesionales con el cuidado informal, aunque en España, y hasta la llegada de la Ley de la Dependencia, el sistema de protección social, no había tenido en cuenta los cambios sociales que se habían estado produciendo en cuanto al rol de las mujeres, el envejecimiento y los cambios en los modelos familiares.

Precisamente es el cambio en el rol de las mujeres, con su incorporación al mercado de trabajo remunerado, una de las causas más destacables que los autores suelen indicar a la hora de hablar de la “crisis” del modelo tradicional de cuidados. Cuidar y trabajar al mismo tiempo parecen tareas incompatibles dentro de los actuales sistemas de mercados, ya que ambas actividades requieren compartir horarios y experiencias vitales que van en el sentido opuesto. Al ser aparentemente incompatibles, y el hecho de que la atención a las personas sea considerada una prioridad, para las mujeres ha supuesto una intensificación de su trabajo, el cual ahora se divide en trabajo dentro y fuera del hogar. Fundamentalmente esto ha supuesto, por un lado, que cada vez se exija más a los hombres que asuman su papel como cuidadores y que las familias recurran también a la contratación de mujeres inmigrantes y, por otro lado, que se demande al Estado su participación como proveedor de servicios de carácter formal. En otras palabras, esta “crisis” ha supuesto que el viejo modelo se encuentre en declive y que haya dado paso a la posibilidad de que aparezcan nuevas posibilidades. Algunas de estas cuestiones, relativas al envejecimiento y a la escasez de cuidadores familiares, serán retomadas a lo largo del *Capítulo 5* de esta tesis doctoral.

### ***3.2.2. Modelos europeos de provisión de cuidados.***

Durante todo el siglo XX y siglo XXI, la mayoría de los países europeos han ido desarrollando diversos planes de protección social, los cuales iban dirigidos a proporcionar a sus ciudadanos una red de seguridad frente a los riesgos sociales. Estas

políticas sociales cuentan con una larga tradición en Europa dedicando gran parte de su PIB a este tipo de actuaciones (Esping-Andersen, 1990; 2015). Pese a todo, la financiación y la provisión de los cuidados de larga duración dependen todavía en gran medida de las familias o de otras redes privadas (Cameron, y Moss, 2007). Generalmente estas políticas de atención a la dependencia han tenido un marcado carácter asistencialista y según ambos autores “tan sólo en los últimos quince años se ha producido un mayor reconocimiento de la dependencia como un riesgo social en sí mismo y hay un consenso creciente sobre la necesidad de establecer políticas integrales” (Arriba y Moreno, 2009, p. 37).

Y este cambio se ha debido a la nueva conciencia social que se ha generado frente a los nuevos retos que plantea el envejecimiento; la principal consecuencia es que los países europeos están remodelando sus antiguos esquemas de provisión de cuidados o bien, han establecido nuevas formas de protección social que actúan ante esta necesidad. Porque, sin duda, el envejecimiento de la población es una tendencia demográfica que sucede en toda Europa, en la que ha incrementado considerablemente la demanda de servicios de cuidados (Jiménez-Martín, 2007). Además, muchos países en Europa están comenzando a reconocer la contribución esencial del cuidado informal, aunque cómo va a definirse este trabajo o cómo se articularán las políticas sociales en torno al mismo, van a variar notablemente, puesto que las políticas de los países europeos no cubren la totalidad de las necesidades que se están generando en este ámbito (Hanratty, 2007; León, Ranci y Rostgaard, 2014). Con todo, estos territorios aún difieren ampliamente en la percepción de responsabilidades públicas y privadas en los cuidados de larga duración.

Arriba y Moreno (2009) sostienen que existen diferencias destacables entre las sociedades del Norte y del Sur de Europa, en lo referente a las familias y a la dispensación de cuidados. Por ejemplo, en los países Nórdicos, o modelo escandinavo, consideran responsabilidad del estado la provisión de los cuidados de larga duración, los cuales se financian con dinero público o mediante un sistema de copago progresivo en función del nivel de rentas, de manera que el cuidado informal pasa a ser considerado como un complemento. Finlandia se sitúa como un ejemplo en el que las administraciones públicas asumen la mayor parte del cuidado y tratan de disminuir la carga de los cuidadores, que

son reconocidos como trabajadores públicos, con una gran variedad de programas sociales de acompañamiento en el hogar (Jiménez-Martín, 2007).

El ya comentado modelo “mediterráneo de cuidados”, en el que se enmarca España, o países como Italia, se sitúan en el polo opuesto. En el país italiano, las familias asumen el cuidado de los mayores, siendo frecuente la convivencia intergeneracional como estrategia de afrontamiento del cuidado; el apoyo público o de las administraciones hacia el cuidado o los cuidadores es relativamente bajo (Jiménez-Martín, 2007).

En el Reino Unido y Alemania, la línea divisoria entre las responsabilidades públicas y privadas no es tan explícita. Aunque la provisión es universal, no se realiza de un modo tan completo como en los países Nórdicos, dejando mucha responsabilidad de los cuidados a las familias (Arriba y Moreno, 2009). Si bien es cierto que estos países han realizado sendos esfuerzos a la hora de potenciar el cuidado público, ampliando progresivamente los servicios dirigidos a mayores.

Pese a las diferencias entre los países europeos, existen una serie de elementos comunes en toda Europa: normas nacionales que están comenzando a normalizar los servicios de cuidados, haciendo hincapié en su calidad, en su financiación pública, y en dar respuesta a las necesidades más acuciantes y exigentes de las personas que más lo necesitan (Johansson y Moss, 2004). Asimismo, estas políticas se están encaminando hacia la creación de programas dirigidos a la formación de los cuidadores, abriendo nuevas vías a los cuidados formales. En definitiva, cuando se habla de modelos de protección a los cuidados dentro del espacio europeo, debe tenerse siempre en cuenta la amplia diversidad entre países, es decir, la ausencia de un modelo único.

Al analizar la situación de este tipo de políticas, todo apunta a que la tendencia europea irá encaminada a crear sistemas de protección “universales”, pero de manera contenida, adaptada a las circunstancias de cada zona y de cada ciudadano (Puyol y Abellán, 2006).

En la tabla siguiente (*Tabla 3.1*), se recoge las distintas reformas en los modelos de cuidados que han ido realizando los países europeos en los últimos años y en la que

además se puede observar cómo durante los últimos diez años, se han producido nuevos avances, enfocados hacia un acceso universal a los servicios, y a una financiación mixta entre pública y el copago.

Tabla 5. Reformas en los modelos europeos de cuidados de larga duración.

<b><u>REFORMAS DEL PERÍODO 1980-2000</u></b>	<b>Modelo anglosajón (Reino Unido, Irlanda)</b>	<b>Modelo continental (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo y Bélgica)</b>	<b>Modelo nórdico (Suecia, Finlandia y Dinamarca)</b>	<b>Modelo mediterráneo (España, Italia y Portugal)</b>
<b>Derecho social a la protección social a la dependencia.</b>	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y protección asistencial en servicios sociales.	Derecho universal con dos niveles: contributivo y no contributivo.	Derecho universal.	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y asistencial en servicios sociales.
<b>Financiación.</b>	Impuestos y copago en servicios para los que exceden un nivel de renta.	Cotizaciones en el nivel contributivo; impuestos en el nivel no contributivo; copago en la prestación de servicios.	Impuestos generales y locales; copago.	Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta.
<b>Prestaciones sociales.</b>	Servicios y ayudas monetarias. Ayudas técnicas.	Servicios y prestaciones monetarias topadas. Ayudas técnicas.	Servicios sociales y ayudas técnicas.	Prestaciones monetarias, servicios asociales y ayudas técnicas.
<b>Responsabilidad de organización y gestión.</b>	Municipal.	Seguridad Social, Regiones y Municipios.	Municipal.	Regional y Municipal.
<b>Provisión de servicios según importancia.</b>	Empresas, ONG y ayuntamientos.	ONG y empresas, papel residual de ayuntamientos en modelo alemán.	Ayuntamientos y creciente importancia de empresas.	Ayuntamientos, ONG y creciente importancia de empresas.
<b>Políticas de apoyo al cuidado informal.</b>	Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual.	Amplio apoyo al cuidador informal.	Apoya y sustituye a la familia cuidadora.	Limitado apoyo al cuidador informal.
<b>Situación actual de los modelos.</b>	Debate político sobre la oportunidad de la universalización de la protección social de la dependencia.	Reforma en Alemania en 2007 para lograr nuevos equilibrios institucionales y financieros del modelo. Reformas previstas en Holanda.	Incremento de la prestación de servicios por parte de las empresas privadas en Suecia y, en general, en los países nórdicos.	Aprobación de la ley de la dependencia en España. Libro Blanco de la dependencia en Italia.

<b>Principios orientadores.</b>	Consumerismo, individualización del riesgo.	Refamiliarización y mercantilización.	Universalización, familiarización y mercantilización dual.	Universalismo, familiarización y mercantilización.
<b>Accesibilidad.</b>	Preferencia personas en grave dependencia sin recursos.	Universal.	Universal.	Transición hacia cobertura universal.
<b>Prestaciones.</b>	Preferencias prestaciones monetarias y presupuesto personal.	Preferencia prestaciones monetarias y programas conciliación.	Servicios: crecimiento prestaciones monetarias y presupuesto personal.	Preferencia prestaciones monetarias; servicios sociales municipales y regionales.
<b>Provisión.</b>	Privada mercantil.	Privada: mercantil; tercer sector en declive.	Pública con crecimiento sector mercantil.	Mixta: provisión tercer sector y crecimiento sector mercantil.
<b>Financiación.</b>	Mixta: pública y copago.	Mixta: impuestos, cotizaciones y copago.	Pública y copago.	Mixta: impuestos y copago. También cotizaciones.
<b>Gobernanza.</b>	Fragmentación institucional y regulación central.	Regulación central y gestión regional con financiación compartida.	Regulación central y gestión municipal.	Fragmentación con tendencia a sistematización.

Fuente: Rodríguez-Cabrero (2011).

En definitiva, para Rodríguez-Cabrero (2015), los retos que tendrán que afrontar los estados en relación a los cuidados de larga duración, pasarán por implementar mejoras en tres niveles:

1. Mejoras integrales: prevención a lo largo de todo el ciclo vital, con la finalidad de prevenir y reducir la futura demanda de cuidados.
2. Mejorar la coordinación e integración de servicios: tecnologías, servicios sanitarios, medidas de conciliación, capacitaciones para cuidadores, etc.
3. Establecer pactos políticos estables, que garanticen la continuidad y el desarrollo de medidas a largo plazo.

### 3.2.3. *La Ley de la Dependencia en España.*

El trabajo de Anttonen (2005) viene a explicar el cambio que los distintos sistemas de bienestar europeos están introduciendo en sus políticas sociales, dada la creciente preocupación por el futuro del cuidado a las personas en situación de dependencia. Como esta autora señala, los modelos tradicionales de cuidados informales se han ido transformando debido a cambios económicos y sociales significativos, y con el tiempo el cuidado se ha convertido en un asunto público: “el cuidado es una cuestión de política social que levanta pasiones morales y políticas” (Anttonen, 2005, p. 10).

La aprobación en España de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, conocida como Ley de la Dependencia, ha marcado un hito en lo referente a la provisión de cuidados. Ha sido la respuesta española ante la llamada “crisis del cuidado informal.”

Esta ley, en su preámbulo, reconoce la inviabilidad del modelo tradicional de cuidados en España, y aboga por poner en marcha un sistema de servicios, que se concretará en el desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia<sup>20</sup>, frente a las prestaciones económicas. Pero lo cierto es que la práctica está reforzando el cuidado familiar. Los datos ofrecidos por el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia<sup>21</sup>, a 31 de julio de 2018, vienen a corroborar esta situación: del 1.227.570 de prestaciones reconocidas, 392.031, casi un tercio (el 31,94%) corresponden a prestaciones económicas a cuidados familiares. Esta situación lleva produciéndose desde el comienzo de la implantación del SAAD.

“Y ello ocurre aún a pesar de que la Ley establece que los servicios han de tener carácter prioritario, produciéndose así una clara desviación respecto de las previsiones del legislador. Esta desviación se concreta en la continuidad de la realización de las tareas de cuidado por parte de las mujeres de la familia, que ya tradicionalmente eran las encargadas de las mismas, pero que ahora

---

<sup>20</sup> En adelante, SAAD.

<sup>21</sup> En adelante, Sisaad. Referencia: Sisaad (2018b).

reciben una ayuda económica y son incluidas en la Seguridad Social.”  
(Barbadillo y Gómez-García, 2010, p. 7).

Los datos para la Comunidad Autónoma de Aragón corroboran esta situación<sup>22</sup>. De las 31.541 prestaciones reconocidas, 12.532 son prestaciones económicas a cuidados familiares; es llamativo que no se haya concedido ninguna prestación de prevención de dependencia y promoción de autonomía personal, ninguna de teleasistencia y una única prestación de ayuda a domicilio. Tal y como se comentaba anteriormente, desde los comienzos del SAAD, se venía observando este problema; en concreto, Del Rincón y Sanz (2010, p. 38) destacaban lo siguiente en sus conclusiones:

“Se trata de un problema generalizado en todo el territorio nacional y, posiblemente, inevitable en los comienzos de un proceso que sólo podrá ser valorado en sus justos términos en el largo plazo: el predominio absoluto de las prestaciones económicas sobre los servicios y, en particular, de las prestaciones económicas por los cuidados en el entorno familiar, está perpetuando el modelo tradicional de atención y cuidados. Modelo tradicional pervertido ahora por esa prestación económica tan aparentemente satisfactoria tanto para las familias, y más en época de crisis, como para las administraciones públicas, especialmente en momentos de recorte de los recursos públicos”.

Por otro lado, se observa que, en julio del 2018, de las 7.817<sup>23</sup> personas sujetas al convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia, 6.949 son mujeres, frente a 868 hombres, lo que demuestra la prevalencia del cuidado informal femenino. Además, si se considera la edad, se observa el envejecimiento de estos cuidadores, pues 6.024 son mayores de 51 años, entre los que los mayores entre 56 y 60 años son el grupo más numeroso (con 2.211 cuidadores no profesionales), seguido del de mayores de 60 años (con 2.058 cuidadores).

---

<sup>22</sup> Sisaad (2018b), situación a 31 de julio.

<sup>23</sup> Datos recogidos a 31 de julio del 2018, por el Sisaad (2018a).



De esta manera se perpetúa el rol de las mujeres como cuidadoras, pese a que la ley había previsto que la figura del cuidador/a familiar se hubiera ido convirtiendo en un hecho residual, y sin dar solución real al problema de partida que suponía la “crisis” de los cuidados informales. Estas cuestiones serán retomadas y comentadas ampliamente en el *Capítulo 6* de esta investigación.

### 3.3. Cuidados y cuidadores.

#### 3.3.1. El “care” o el trabajo de cuidados.

La palabra “care” proviene de la lengua inglesa y puede referirse tanto al nombre “cuidado” o al verbo “cuidar”. A partir de los años 80, en la literatura científica británica, el concepto del “care” se ha estado utilizando para englobar a los trabajos que estudian las relaciones entre los cuidadores y las personas que están siendo cuidadas, empezando a distinguir entre el cuidado como un sentimiento o como un trabajo (Finch y Groves, 1983). En esos momentos, las aportaciones desde las corrientes feministas comenzaban a dibujar la división sexual del trabajo y cómo las estructuras sociales han favorecido que las mujeres permanezcan en las esferas privadas de los hogares, encargándose del trabajo de cuidados (Carroll y Campbell, 2008; Martínez-Buján, 2010).

En los años 90, se sigue avanzado en la conceptualización del término “care”, que ya no se asociará únicamente al trabajo de cuidados por amor, dentro de la familia, sino que se empezará incluir también al trabajo de cuidados de tipo profesional. Se empezará a diferenciar entre el concepto “care-giver”, que se asociará al cuidado ofrecido por la familia, y el “care-worker” que se vinculará con el cuidado realizado por personas ajenas a la familia o profesionales (Ungerson, 2005).

Es decir, se empieza a distinguir entre el trabajo de cuidados familiar y por amor<sup>24</sup>, del trabajo de cuidados mercantilizado. Este trabajo de cuidados profesionales está peor

---

<sup>24</sup> En ciertas ocasiones, las propias implicaciones que la palabra “care-giver” tiene para los propios cuidadores familiares (componente emocional y cognitivo), les empuja a seguir ejerciendo como cuidadores, pese al estrés que implica para ellos (Noonan, et. al., 1996).

valorado socialmente, en general, pues parece estar desprovisto de los vínculos afectivos que se presuponen al “care”. Sin embargo, los cuidados tanto familiares como profesionales, podrán ser de peor o mejor calidad en función de cómo se organicen (Harrington, 2000). El cuidado dentro de los hogares prestado por familiares, seguirá siendo preferido por las personas que reciben los cuidados, por lo que una de las estrategias que se emplearán, será la de incorporar a los cuidadores profesionales dentro de los hogares de las personas en situación de dependencia (Eustis, Kane y Fischer, 1993; Karner, 1998). Además, este tipo de medidas favorecen que las personas mayores puedan envejecer o permanecer por más tiempo en sus entornos.

Y pese a la crisis del cuidado anteriormente comentada y a la introducción de políticas públicas destinadas a afrontar los retos de los cuidados de larga duración en toda la UE, tal y como se desarrollará en el epígrafe siguiente, en España, todavía seguirá predominando el concepto del “care” vinculado a los afectos, a la familia y a las mujeres.

### ***3.3.2. Perfil tradicional de los cuidadores en España.***

El art. 2.5. de la Ley de la Dependencia (39/2006), define el cuidado no profesional como “la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”. Según el Libro Blanco de la Dependencia, el cuidado informal es:

“En su nivel más general y propio, el que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. Sin embargo, por extensión, el término se aplica también a otros agentes de intervención, como pueden ser las asociaciones de ayuda mutua y el voluntariado” (IMSERSO, 2004b, p. 173).

Tal y como se ha señalado, el modelo de atención a las personas que requieren cuidados en España, corresponde a un modelo familista, (tradicional, mediterráneo y

católico), fuertemente ligado a los cuidados informales. Según Jurado y Naldini (2007), pese a la relevancia de estos modelos familistas en los países del sur de Europa, las políticas sociales no han apoyado a las familias. Algunas de sus características, serían:

- La inmensa mayoría de las personas que necesitan cuidados los reciben a través del sistema informal de atención.
- La responsabilidad de la atención a personas dependientes recae en la familia, mientras que los servicios de atención formal tienen un carácter subsidiario, predominando los cuidados familiares.
- Este cuidado familiar recae fundamentalmente en las mujeres, que están responsabilizadas socialmente a proveerlo en base a la división tradicional de los roles de género. Por este motivo el cuidado tiende a asociarse como una responsabilidad de mujeres.
- Se caracteriza por su invisibilidad y el escaso reconocimiento social a estas labores.
- Las principales motivaciones para ejercer como cuidadores informales están relacionadas con el altruismo y a la responsabilidad moral.

Lo cierto es que cuando se habla de este tipo de cuidadores, se observa como el peso suele recaer sobre las mujeres (Seidman et al., 2004; IMSERSO, 2005b; Esteban-Gimeno y Mesa-Lampré, 2007; Losada et al., 2007; Crespo y López, 2007; Saavedra et al., 2013). El apoyo informal representa la fuente fundamental de atención y ayuda más frecuente entre personas mayores dependientes no institucionalizadas. La familia suele ser la principal fuente de cuidados y en su seno casi siempre existe un cuidador principal sobre quien recae la carga de la atención (Meil, 2000); este cuidador principal habitualmente es mujer -cónyuge, hija o nuera- por lo que la conclusión inequívoca que se puede extraer de la información disponible que el cuidado informal es suministrado en su mayor parte por mujeres, pudiendo establecerse la siguiente ecuación:

**Asistencia informal = asistencia familiar = asistencia prestada por mujeres.**

Armstrong y Kits (2001), cuando tratan de responder a la pregunta “¿quién es proveedor de cuidados?”, rotundamente afirman que son las mujeres, bien como hijas,

madres, compañeras, amigas o incluso voluntarias. Al igual que muchos otros autores, sitúan a las mujeres como la principal fuente de provisión de cuidados, y subrayan, sin retribuir.

A partir del informe del IMSERSO (2005b) se puede decir que el perfil predominante de los cuidadores en España corresponde a una mujer de unos 53 años, casada, con estudios primarios y cuya actividad principal ha sido siempre la de realizar tareas del hogar y con escasa participación en el mercado de trabajo. Es decir, son mujeres que continúan representando el rol tradicional femenino como proveedoras de cuidados y afecto dentro de los modelos tradicionales de familia (Campo, 2000; Moreno, Arango-Lasprilla y Rogers, 2010; Fernández de Larrinoa et al., 2011; Schindler, Engel, y Rupprecht, 2012).

A diferencia de otros países europeos, España aún destaca por el predominio de este perfil del cuidador, no observado grandes cambios en su composición desde los años noventa. Según Tobío et al. (2010, p. 122):

“Tanto la primera Encuesta de Apoyo Informal a Mayores de 1993 (Insero, 1995) como las más recientes coinciden en señalar a la hija como el pilar del cuidado. Por ejemplo, según la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores de 2006 (Abellán et al., 2007), es la cuidadora principal en el 39% de las tareas de cuidado. Le sigue la pareja en un 22%, a más distancia aparece el hijo, la empleada de hogar y el resto de las categorías (amistades, vecindario, voluntariado) apenas llega al 10%”.

Con todo, los datos indican que se está produciendo una diversificación del perfil de los cuidadores, de entre los que están aumentando las mujeres ocupadas y el número de varones jubilados o pensionistas (IMSERSO, 2004a). Esto se puede ver representado en la *Tabla 3.2*, que se incorpora al finalizar este epígrafe.

La mayoría de los cuidadores presta la ayuda en solitario, es decir, sin apoyo formal o informal de otras personas o instituciones. Según el informe del IMSERSO (2005b), aunque la red de apoyos formales se ha ido ampliando en los últimos tiempos, las mujeres,

de edades cada vez más avanzadas (Silverberg et. al., 2009; Haberkern et al., 2011), continúan atendiendo principalmente a los dependientes, cubriendo en muchos casos necesidades que, sin su labor de cuidadoras, no se verían atendidas.

Crespo y López (2008), abren una serie de interrogantes realmente interesantes ante esta cuestión, tratando de dilucidar si el cuidado es un asunto exclusivamente femenino o si, por el contrario, existen hombres participando activamente como cuidadores. Los hombres están comenzando a implicarse más activamente en lo que respecta al cuidado infantil, pero todavía es menor en el cuidado a mayores dependientes (Velkoff y Lawson, 1998; Braudy y Orpett, 1999; Hequembourg y Brallier, 2005). Para Tobío (2010), los motivos de esta escasa presencia de varones son diversos, pero destaca:

- La preferencia de los mayores por ser cuidados por mujeres.
- La justificación social que excusa a los hombres de realizar estas tareas.
- Los hombres suelen excusarse de la provisión de cuidados, refugiándose en el argumento de que ellos realizan un trabajo remunerado fuera del hogar.
- Los varones argumentan no poseer las habilidades suficientes para cuidar (que suelen resumirse en paciencia y capacidad de empatizar con la persona cuidada).

De este modo los prejuicios han etiquetado tradicionalmente a las mujeres como las mejores o más adecuadas para cuidar, estereotipo que se sigue manteniendo hoy en día, pese a que las mujeres han entrado de lleno en el mundo laboral. Ello conlleva dificultades a la hora de compatibilizar ambas tareas y por tanto da lugar a que se hable de “la crisis del apoyo informal”.

Para Rodríguez (2006, p. 19-20) se está produciendo un “debilitamiento progresivo de la tradicional red informal de apoyo aportada por la familia en general y las mujeres de manera muy particular”. Algunos de los motivos que enuncia la autora son datos puramente objetivos como el envejecimiento provocado por el aumento de esperanza de vida en salud y a la caída de la fecundidad. También enumera las posibles consecuencias de esta evolución en la familia: aumentará el número de personas que vivan solas, además, estas personas mayores al no haber tenido hijos/as, (o al residir en distintas áreas geográficas, tendencia que cada vez cobra más fuerza en nuestra sociedad), no tendrán la

posibilidad de que ser atendidas por ellos. Por otro lado, Rodríguez (2006, p. 20), destaca los cambios culturales y de valores, es decir, “la transformación profunda de la posición social de las mujeres y, por ende, de su rol dentro y fuera de la familia”. O, dicho de otro modo:

“Como conclusión de este apartado, resulta fácil colegir la dificultad, si no la imposibilidad, de que las familias puedan mantener en el futuro su apoyo a las personas con dependencias, al menos en cuanto atañe a la intensidad de la atención que prestan en la actualidad.” (Rodríguez, 2006, p. 21).

Tabla 6. Perfil cuidadores en España.

	<b>Cuidadores/as (A)*</b>	<b>Población 2004 (B)**</b>	<b>Diferencia (A-B)</b>
<b>GÉNERO</b>			
Hombre	16,4	49,1	-32,7
Mujer	83,6	50,9	32,7
<b>EDAD</b>			
Menos de 20 años	1,2	4,9	-3,7
De 20 a 29	3,6	18,3	-14,7
De 30 a 39	11,9	20	-8,1
De 40 a 49	23,8	16,9	6,9
De 50 a 59	28,7	13,9	14,8
De 60 a 69	15,9	11,8	4,1
Más de 69 años	14,9	14,2	0,7
Edad media	52,9	46,2	0,7
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Soltero/a	14,8	30,1	-15,3
Casado/a	76,2	58,3	17,9
Viudo/a	5,1	8,1	-3
Separado/a	2,1	2,2	-0,1
Divorciado/a	1,5	1,3	0,2

No consta	0,3		
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>			
Sin estudios + Analfabetos	17,1	15,9	1,2
Primarios	43	23,3	19,7
Segundo Grado	32,6	46,8	-14,2
Tercer Grado	7,0	14,0	-7
No sabe	0,3		
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>			
OCUPADO	26,0	48,7	-22,7
NO OCUPADO	73,1	51,3	21,8
Jubilado/pensionista	20,2	21,1	-0,9
Parado habiendo trabajado	7,0	6,4	0,6
Parado buscando primer empleo	0,3	1,5	-1,2
Tareas del hogar	44,2	14,5	29,7
Estudiante	1,4	6,2	-4,8
No contesta	0,9		

Fuente: IMSERSO (2005b, p. 17). Los asteriscos siguientes aparecen así en el original.

(\*) Fuente: *IMSERO/Gfk-Emer (2004): Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España.*

(\*\*) Fuente: *INE (2004): Censo de Población y Viviendas 2001.*

Estudios recientes, confirman este perfil del cuidador en España, como el llevado a cabo por Navarro-Ramos (2016), que repasa los últimos estudios publicados sobre cuidadores informales, concluyendo lo siguiente:

“Una vez analizados los resultados de la presente revisión, podemos concluir que el perfil sociodemográfico del cuidador informal lo compone, por regla general, una mujer, hija de la persona dependiente, con edad comprendida entre 45 y 65 años, la mayoría está casada, tiene una condición económica baja, estudios primarios y se encuentra en situación de desempleo. El vínculo familiar y la edad, están relacionadas entre sí, puesto que, si el cuidador informal es el cónyuge, la edad será mayor que si quien ejerce los cuidados

es una hija o nuera (...) tanto cuidador como dependiente viven en el mismo hogar en la mayoría de los casos, las principales tareas que realizan son las ABVD, dedican una media de 40 horas semanales” (p. 80).

Sin embargo, tal y como se desarrollará en el *Capítulo 4*, además, de las familias, otros colectivos o cuidadores/as se han ido incorporando al trabajo de los cuidados, entre ellos, las cuidadoras inmigrantes: el empleo doméstico y de cuidados, especialmente asociados a personas mayores en situación de dependencia, se ha convertido en un nicho laboral para las mujeres inmigrantes.





---

## **CAPÍTULO 4: Cuidados y migraciones.**

---

#### 4. EL PAPEL DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES.

Tal y como se apuntaba en el capítulo anterior, “el crecimiento de la demanda de cuidados y la crisis del apoyo informal convierte a la dependencia en un yacimiento de empleo creciente ocupado principalmente por mujeres inmigrantes” (Fernández et. al. 2012, p. 1). Pero para que esta relación pueda existir, paralelamente se ha tenido que desarrollar en España otro fenómeno demográfico: la inmigración. Las migraciones no son una cuestión novedosa en España, aunque sí se podría asegurar que estamos ante una nueva era, donde la globalización influye fuertemente en los movimientos migratorios (Gómez-Bahillo, 2005; Arango, 2007).

Para Fernández y Silvano (2010), tanto la cantidad como la procedencia de los extranjeros en España ha cambiado significativamente: a principios de los años 90 el 50% de la población inmigrante procedía de países desarrollados, mientras que, en la actualidad, predominan los extranjeros de Sudamérica y Europa del Este. Además, señalan que tan solo observando los datos comprendidos entre 1998 y 2003, se puede apreciar que en cinco años se ha pasado de contar con una población de unos setecientos mil inmigrantes, a alcanzar más de dos millones y medio, tendencia que siguió en alza durante los años siguientes. Se comprueba entonces el espectacular crecimiento de los flujos migratorios y la elección de España como país de destino. Los datos del Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2018 hacen referencia a que el número de extranjeros inscritos ha aumentado en 146.611 (un 3,2%) a lo largo del año 2017; en total hay 4.719.418 extranjeros en España, suponiendo el 10,1% del total de la población<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> INE (2008).

Siguiendo con Fernández y Silvano (2010), el perfil de estos inmigrantes se corresponde con el de una persona comprendida entre los 20 y los 45 años, siendo mayoría masculina. Sin embargo, diferentes autores hablan de la “feminización de las migraciones” (Arango, 2007; Mora, 2008 y Sassen, 2006). Los cambios económicos y políticos que se han producido a lo largo de las tres últimas décadas, han llevado a un aumento del número de mujeres que buscan trabajo más allá de las fronteras nacionales. Precisamente, serán estos flujos migratorios femeninos los que, de manera mayoritaria, vayan a cubrir la fuerte demanda de cuidados que hay en España, dando lugar a la aparición de interesantes procesos y fenómenos sociales, que se detallarán a lo largo de este capítulo.

#### 4.1. Algunos factores teóricos explicativos de las migraciones femeninas.

Aunque existen otros modelos teóricos o factores sociales que podrían explicar las migraciones femeninas y su relación con la demanda de cuidados<sup>26</sup>, las ideas descritas en la *Teoría de Redes*, aplicada a las migraciones, se ajusta con mayor precisión al objeto de esta tesis doctoral (Fuentes, 2014). Para esta teoría, las migraciones internacionales permanecen en el tiempo debido a una acumulación de factores (Massey, 1998; Arango, 2000), pero de manera especial, son los lazos interpersonales de estos migrantes los que van a influir en sus posibles decisiones de retorno, permanencia en destino, reagrupación familiar o, incluso, en las de migrar a otro país o región. Entre otras cuestiones, esta teoría explica por qué los emigrantes eligen un destino en el que ya conocen a algún amigo o familiar que emigró en primer lugar<sup>27</sup>:

“Los primeros emigrantes que partieron en busca de un nuevo destino no tenían lazos sociales a los que aferrarse, y para ellos la emigración era muy costosa, especialmente si ello suponía la entrada en otro país sin

---

<sup>26</sup> Algunas de las teorías más importantes que explican las migraciones actuales, serían: la Escuela Clásica, la Escuela Austríaca, el Enfoque de Ravenstein, la Escuela Neoclásica, la Teoría del mercado de mano de obra dual, la Teoría del sistema mundial, las Redes de migración y la Causación acumulativa (Gómez-Walteros, 2010).

<sup>27</sup> En el caso de las mujeres nicaragüenses que han emigrado con destino a Zaragoza, esta teoría es especialmente explicativa de sus trayectorias, pues tal y como se verá en el *Capítulo 8*, muchas de ellas han elegido ese destino por la existencia de redes sociales previas. Incluso, las cuidadoras entrevistadas en el *Capítulo 7* se refieren a estas redes cuando explican su acceso al mercado laboral de los cuidados.

documentación. Una vez que el primer emigrante parte, sin embargo, el coste potencial de la migración se reduce sustancialmente para los amigos y parientes que parten tras él. A causa de las estructuras del parentesco y la amistad, cada nuevo emigrante crea un grupo de personas unidas por lazos sociales en el área de destino. Los migrantes se ven inevitablemente unidos a los no migrantes, y estos aprovechan las obligaciones implícitas en las relaciones de parentesco o amistad para acceder a un empleo y para asistirse en el punto de destino” (Massey et al., 2008, para. 63).

Además de la *Teoría de Redes*, para Fuentes (2014), otras teorías que explican las migraciones femeninas que se producen desde países latinoamericanos con destino España, tanto a nivel macro como a nivel micro, incluirían la *Teoría de la nueva economía de la migración*<sup>28</sup> y la *Teoría de los sistemas mundiales*<sup>29</sup>. Estas teorías facilitan el análisis y comprensión de las migraciones femeninas, rompiendo con los estereotipos que atribuyen las migraciones por motivos laborales, individuales y temporales a los hombres (Pedoné, 2008). Aunque, sin duda, la diáspora de las mujeres migrantes comprenderá un gran número de situaciones y casos particulares, estas teorías permiten establecer marcos analíticos y explicativos válidos que se irán aplicando a lo largo de esta investigación.

Asimismo, tras la incorporación de la perspectiva de género en el análisis de las migraciones, se empiezan a observar ciertas particularidades en las migraciones femeninas, que hasta ese momento no estaban siendo recogidas a nivel teórico (Gregorio 1997 y 1998; Oso, 1998; Agrela, 2004):

---

<sup>28</sup> Para esta teoría, las migraciones no solo tienen en cuenta las decisiones individuales, sino que toman partido otros agentes, como las familias; la migración se configura como una estrategia colectiva para mejorar la calidad de vida del núcleo familiar en destino (Katz y Stark, 1986). En el *Capítulo 8* de esta investigación, se observa como las familias nicaragüenses describen que la migración de su familiar, por lo general, tiene como objetivo mejorar las condiciones de vida de la familia en origen.

<sup>29</sup> Según esta teoría, las migraciones internacionales están estrechamente relacionadas con los factores de la globalización de la economía mundial. Se producen desajustes en los mercados globales de mano de obra que dan lugar a las migraciones por motivos laborales (Portes y Böröcz, 1989; Sassen, 2007). El reflejo de esta teoría en esta tesis doctoral se observa especialmente en los *Capítulos 7 y 8*, pues la fuerte demanda en España de cuidados a personas en situación de dependencia se ha convertido en un nicho laboral para las mujeres inmigrantes.

1. El volumen de mujeres migrantes se está incrementando a nivel global, por lo que la incorporación de la perspectiva feminista permite observar las particularidades de las migraciones femeninas.
2. Las mujeres lideran sus propios proyectos migratorios (no solo acompañan a sus parejas en la migración). Hasta ese momento, las mujeres migrantes eran consideradas como simples acompañantes o bien ligadas a trayectorias de reunificación familiar.
3. Estos flujos migratorios femeninos responden a necesidades de mano de obra en destino en trabajos altamente feminizados (servicio doméstico y cuidados a menores y personas en situación de dependencia, fundamentalmente).
4. Las migraciones femeninas originan una serie de procesos sociales que requieren ser analizados: familia transnacional, cadenas globales de cuidados, circulación de cuidados y maternidad a distancia, entre otros.

#### ***4.1.1. La perspectiva transnacional.***

Los flujos migratorios actuales, cuyo escenario económico, político y cultural está en continua transformación, generan la necesidad de nuevas contribuciones teóricas para su estudio (Martín, 2008). La perspectiva transnacional o transnacionalismo aporta una serie de conceptualizaciones espaciales que abordarán estos novedosos contextos migratorios (Portes, Guarnizo y Landolt, 1999). Ha sido definido como el “proceso por el cual los inmigrantes construyen ámbitos sociales que ligan el país de origen y el de asentamiento<sup>30</sup>” (Glick-Schiller, Basch y Blanc-Szanton, 1992, p. 1).

En concreto, la perspectiva transnacional ayuda a explicar por qué, en ocasiones, las personas migrantes siguen manteniendo los vínculos en origen, lo que hace que se muevan entre dos o más territorios, como lugares de producción y reproducción (Kearney, 1986; Gregorio-Gil, 1997; Besserer, 2004). La transnacionalidad implica un contacto

---

<sup>30</sup> Traducción propia; original en inglés: “We have defined transnationalism as the processes by which immigrants build social fields that link together their country of origin and their country of settlement” (Glick-Schiller, Basch y Blanc-Szanton, 1992, p. 1).

social continuado a lo largo del tiempo entre diferentes fronteras nacionales y con una alta intensidad, en el que se verán involucrados un gran número de personas, comunidades, instituciones y redes, que en gran parte dependerán del acceso que estos grupos tengan a las TIC (ya que las TIC favorecen los intercambios de remesas económicas, remesas sociales, afectos y cuidados); sin embargo, no todos los migrantes estarán involucrados en redes transnacionales, pues para ello se debe contar tanto con las redes y lazos preexistentes, como con las creadas a partir del inicio del proceso migratorio, además de tener en cuenta los intereses individuales de cada persona, que no siempre decidirá mantener estas relaciones en origen (Portes, 1996 y 1997).

Asimismo, la transnacionalidad implica tres tipos de espacios dinámicos y cambiantes en los que se entretajan relaciones y redes entre países de origen y destino, a nivel político, económico y cultural (Faist, 2000):

1. Reciprocidad en grupos pequeños (por ejemplo, entre familiares a través de las remesas).
2. Circulación de cosas, personas e información, superando el concepto de bidireccionalidad de las migraciones.
3. Solidaridad e intercambios entre comunidades transnacionales.

Es decir, el análisis transnacional pone el foco en las relaciones entre personas, prácticas, e incluso, Estados, permitiendo complementar el análisis de procesos y transformaciones relativas a las migraciones (Vertovec, 2001; González, 2007). En concreto, la transnacionalidad abre una importante vía de estudio entre las familias de las personas migrantes, tanto en destino como en origen:

“Los estudios sobre familias transnacionales han enfatizado la continuidad de las redes sociales a través de las fronteras, mientras que han ignorado las estructuras macro-políticas que limitan la movilidad de los miembros individuales de las familias dentro de tales redes” (Sørensen y Vammen, 2016, p. 205).

La teoría transnacional, apoyada en la perspectiva de género, permite conceptualizar a las familias transnacionales, en las que las redes y entramados sociales que exige el concepto de transnacionalidad, se configurarán a través de la familia. En concreto, surgirán tres tipos de actores migrantes o fenómenos sociales en torno a las familias transnacionales: 1) padres y madres que migran solos (paternidad/maternidad a distancia)<sup>31</sup>; 2) hijos menores que migran por reagrupación familiar con sus padres, por estudios o por razones económicas; 3) parejas mixtas o binacionales.

#### ***4.1.2. Cadenas globales de cuidados y circulación de cuidados.***

Junto con el concepto de transnacionalismo, para poder obtener una visión más completa de las implicaciones y repercusiones que las migraciones femeninas tienen en sus países de origen, es necesario hablar de las cadenas globales de cuidado. En concreto, el concepto “cadenas globales de cuidado” fue acuñado por Hochschild (2001)<sup>32</sup>, permitiendo teorizar sobre cómo se entrelazan las dinámicas entre migrantes y otros agentes sociales entre diferentes Estados, observando estos procesos de manera global. Han sido definidas como:

“Una serie de lazos personales entre la gente a lo largo del mundo basados en el trabajo de cuidado pago o no pago donde cada trabajador del cuidado depende de otro trabajador del cuidado” (Zimmerman, Litt, y Bose, 2006, p. 13).

El eslabón comienza cuando una mujer de un país central genera una demanda de cuidado, bien sea para sus propios hijos o para familiares en situación de dependencia. La fuerte demanda de cuidados atrae a mujeres inmigrantes, procedentes de países periféricos que dejarán a sus hijos al cuidado de otras mujeres en sus países de origen. En concreto, pueden llegar a enlazar hasta a tres cuidadoras diferentes: la cuidadora de

---

<sup>31</sup> Este fenómeno social es especialmente significativo en el marco de esta tesis doctoral. Las mujeres migrantes y sus familias, protagonistas de los *Capítulos 7 y 8*, describen sus experiencias de maternidad transnacional o maternidad en la distancia, en las que mantienen vivos sus vínculos afectivos con sus familias en origen (Hernández-Cordero, 2015 y Pedoné y Gil, 2016; Soresen y Vammen, 2016).

<sup>32</sup> El concepto aparece por primera vez en el año 2000, en la versión publicada en inglés. En el 2001 se traduce y edita el mismo libro, que es el que se referencia a lo largo de este trabajo.



hijos o familiares dependientes en el lugar de origen, otra mujer que cuida a los hijos o dependientes de la cuidadora que ha emigrado y, por último, la cuidadora inmigrante que cuida en el país de destino (Hochschild, 2001 y Díaz-Gorfinkiel, 2008a). Para Gregorio (2010), se producen situaciones de jerarquía entre mujeres que acaban reproduciendo los modelos patriarcales y capitalistas a partir de complejas relaciones de poder, que implican explotación laboral e invisibilización. En estas cadenas globales de cuidado, las mujeres son las protagonistas, en muy pocas ocasiones será un hombre el que ocupe alguno de los eslabones (Díaz-Gorfinkiel, 2008b). Esto implica que sobre la mujer migrante se están duplicando las responsabilidades del trabajo reproductivo pues, por un lado, deberá hacerse cargo de los hijos o personas dependientes (trabajo de cuidados mercantilizado en destino), mientras que, por otro lado, nunca dejará de cuidar a sus hijos en origen, dando lugar a procesos sociales como la circulación del cuidado (Baldarsar y Merla, 2014) o la maternidad transnacional o a distancia.

En estas cadenas globales de cuidados algunos autores identifican que se está produciendo lo que se conoce como “care drain”, o fuga de cuidados<sup>33</sup>: “el concepto describe cómo la mujer migrante contratada como cuidadora supone una pérdida de cuidado para sus hijos que deja detrás<sup>34</sup>” (Dumitru, 2014, p. 203). Para Hochschild (2001), la primera autora en acuñar este término, en los países centrales receptores de cuidados se produce una ganancia de cuidado (*care gain*), mientras que en los países periféricos se produce la pérdida del cuidado (*care drain*), generando una nueva forma de desigualdad a nivel global. Son las familias en la cima de la cadena de cuidados (de los países centrales) las que salen ganando al “comprar” el cuidado; en el lado contrario de las cadenas globales de cuidado, las familias de los países de origen de las cuidadoras inmigrantes, en concreto, sus hijos y mayores dependientes, sufren los costes de la pérdida de cuidados (Hochschild, 2001; Lutz y Palenga-Möllenbeck, 2012; Gheaus, 2013).

El concepto de circulación del cuidado es especialmente relevante en el contexto de este estudio, pues alude directamente al tipo de intercambios que se producen en el seno de las familias transnacionales. Se define como “el intercambio recíproco, multidireccional y asimétrico de cuidados que fluctúa en el seno de las redes familiares

---

<sup>33</sup> Juego de palabras con la expresión anglosajona “brain-drain” o fuga de cerebros.

<sup>34</sup> Traducción propia; original en inglés: “this concept describes the migrant women hired as care workers as a loss of care for their children left behind” (Dumitru, 2014, p. 203).

transnacionales en el transcurso del ciclo de vida en función de los contextos políticos, económicos, culturales y sociales de los países de origen y de acogida” (Baldasar y Merla, 2014, p. 22). Esta circulación de cuidados en las familias transnacionales puede darse de cuatro formas (Kilkey y Merla, 2014):

1. Provisión directa: co-presencia física cuando se producen visitas en destino o en origen.
2. Provisión directa a distancia, por medio de las nuevas tecnologías (provisión de alojamiento o consuelo, por ejemplo).
3. Coordinar en la distancia distintos tipos de apoyo (financiero, de cuidados, emocional...).
4. Delegación de los cuidados en otro familiar.

De esta manera, el marco conceptual de la circulación del cuidado permite comprobar que “la visión multidimensional de los cuidados toma asimismo en cuenta aquellas relaciones familiares que van más allá de los vínculos e interacciones entre una madre migrante y sus hijos” (Merla, 2014, p. 91). En las familias transnacionales se producen este tipo de intercambios de cuidados que circulan (bienes materiales, servicios y bienes inmateriales) entre sus miembros, de manera horizontal y/o vertical, durante todo el ciclo vital de las mismas (Merla y Baldasar, 2016).

#### **4.2. Cuidadoras inmigrantes en España.**

Sassen (2006) argumenta que la demanda de mano de obra en trabajos “femeninos” ligados a los servicios, es lo que ha provocado un mayor flujo de migrantes en el hemisferio norte en los últimos años. Coincidiendo con una de las áreas laborales menos apreciadas por la población autóctona, el cuidado personas mayores y/o en situación de dependencia, junto con el servicio doméstico, se ha convertido en la principal ocupación de las mujeres inmigrantes. Generalmente, eligen esta profesión por la facilidad para encontrar trabajos temporales, la inmediatez para obtener ganancias económicas y por la irregularidad que suele acompañar a estos trabajos, ya que, en muchas ocasiones, no cuentan con los permisos necesarios de residencia o trabajo. Este tipo de trabajos, que se

desarrollan en la esfera privada de las familias que las contratan, abocan a la invisibilidad de estas cuidadoras; aquellas que mujeres inmigrantes en situación administrativa irregular, aceptan con mayor facilidad estos empleos.

“Ante la imposibilidad de mantener a sus propias familias, muchas de ellas han emigrado a lugares como el estado español para cuidar a los seres queridos de miles de familias mientras que dejan a las suyas en manos de maridos, hermanas, madres o amigas. De esta manera, el cierre reaccionario de la crisis de los cuidados en el estado español ha sido posible gracias a la importación de centenares de millares de cuidadoras como resultado de la crisis de reproducción social en el Sur global” (Ezquerro, 2011, p. 189 - 190).

Los datos de afiliación a la Seguridad Social, para julio de 2018, cifran en 176.549 personas extranjeras afiliadas en el Régimen/Sistema Especial de Empleados del Hogar, de las cuales, 165.469 son mujeres<sup>35</sup> (Seguridad Social, 2018). Sin embargo, algunos autores como De Cabo (2007), estiman que hay más de 158.000 mujeres inmigrantes (con o sin afiliación a la Seguridad Social) proporcionando cuidados a familias españolas en la Comunidad Autónoma de Madrid, sustituyendo así a las mujeres autóctonas en estas labores.

Es decir, la crisis del cuidado en España, junto con la falta de recursos públicos en torno a la protección social a la dependencia, han favorecido que el mercado de trabajo informal en torno a los cuidados se haya convertido en un nicho laboral para las cuidadoras inmigrantes (Martínez-Buján, 2006 y 2009). Las familias españolas se han visto abocadas a la externalización del trabajo de cuidados, especialmente los dirigidos al cuidado de mayores y niños.

---

<sup>35</sup> A esa misma fecha, julio de 2018, en España había 412.306 personas afiliadas en el Régimen/Sistema Especial de Empleados del Hogar (Seguridad Social, 2018). En concreto, han aumentado noblemente las contrataciones de mujeres procedentes de Latinoamérica; para autores como Martínez-Veiga (2000) y Martínez-Buján (2010), existe una predilección de las familias españolas por la contratación de mujeres latinoamericanas, debido a los estereotipos que se les asignan a su personalidad, como “ser más pacientes” o “ser más cariñosas” en el cuidado a mayores y niños, sin que esas características deban, necesariamente, ser ciertas en todos los casos.

“El trabajo de cuidados para inmigrantes comienza cuando surge el hueco laboral autóctono en el interior de esa actividad (...). Habitualmente el trabajo de asistencia es ocupado por mujeres extranjeras irregulares que acaban de llegar al país (...). La regulación jurídica y el reagrupamiento familiar condicionarán la salida de la cuidadora del régimen de interna y su establecimiento en las modalidades de atención que se ubican en la fórmula de "externa" (desde por horas a jornada completa). Ello significa que el cuidado de ancianos se convierte en un nicho laboral para aquellas mujeres procedentes de nacionalidades menos asentadas en el país” (Martínez-Buján, 2010, p. 121).

Pese a todo, los procesos anteriormente descritos se han visto interrumpidos de algún modo por la crisis sistémica (Habermas, 1999). Esta crisis ha puesto de manifiesto la fragilidad y la precariedad de la situación laboral de estas cuidadoras que han sido las primeras en ser víctimas de las regulaciones de empleo. Además, las familias españolas disponen cada vez de menos recursos, lo cual, unido a los severos recortes en la Ley de la Dependencia, hacen que opten por cuidar con sus propios medios a las personas dependientes (lo que se traduce generalmente en que la responsabilidad recaiga de nuevo en las mujeres), evitando la contratación de personas inmigrantes o bien disminuyendo sus jornadas laborales o salarios (Ezquerro, 2011).

Para Anderson (2012), el trabajo de las inmigrantes como cuidadoras, ha sido invisibilizado por las políticas, y en concreto las migratorias; la dependencia del sector del cuidado de hacia estas trabajadoras, ha pasado relativamente inadvertida. Asimismo, las recientes reformas legislativas sobre el servicio doméstico, no parecen estar contribuyendo a la mejora de las condiciones laborales de las cuidadoras inmigrantes. Tal y como se denuncia desde diferentes instituciones (SOS Racismo y Cáritas entre otras), y como podrá corroborarse durante el transcurso de las entrevistas realizadas en esta investigación, la precariedad laboral<sup>36</sup> y los incumplimientos sistemáticos de la

---

<sup>36</sup> Navarrete (2008), define la precariedad laboral como empleos con bajos salarios, derechos sociales disminuidos y limitado reconocimiento social y profesional; se pueden distinguir tres planos: 1) inestabilidad, inseguridad, fragilidad en el empleo; 2) flexibilidad y malas condiciones laborales; 3) indefensión, subordinación y desprotección. “En general, hablar de precariedad significa dependencia del poder empresarial. En concreto, en España, está ligada a cuatro aspectos: - Factores demográficos que aumentan la oferta de empleo: inmigración, jóvenes y mujeres que se incorporan al mercado de trabajo. –

regulación que concierne a estas trabajadoras, están perpetuando desigualdades en función de género y procedencia.

Por tanto, la crisis de los cuidados en España no ha sido resuelta a través de un reparto equitativo del trabajo entre hombres y mujeres, ni el Estado ha asumido las responsabilidades que conlleva. Según Ezquerro (2011, p. 190), “las contradicciones visibilizadas por la crisis de los cuidados han sido así gestionadas hasta hace bien poco mediante una externalización e internalización de la solución, las cuales, además de eximir al estado, al mercado y a los hombres de gran parte de su responsabilidad reproductiva, han dado entrada a nuevos ejes de desigualdad y han acentuado los previamente existentes”. Desigualdades que se han manifestado especialmente en las cuidadoras inmigrantes.

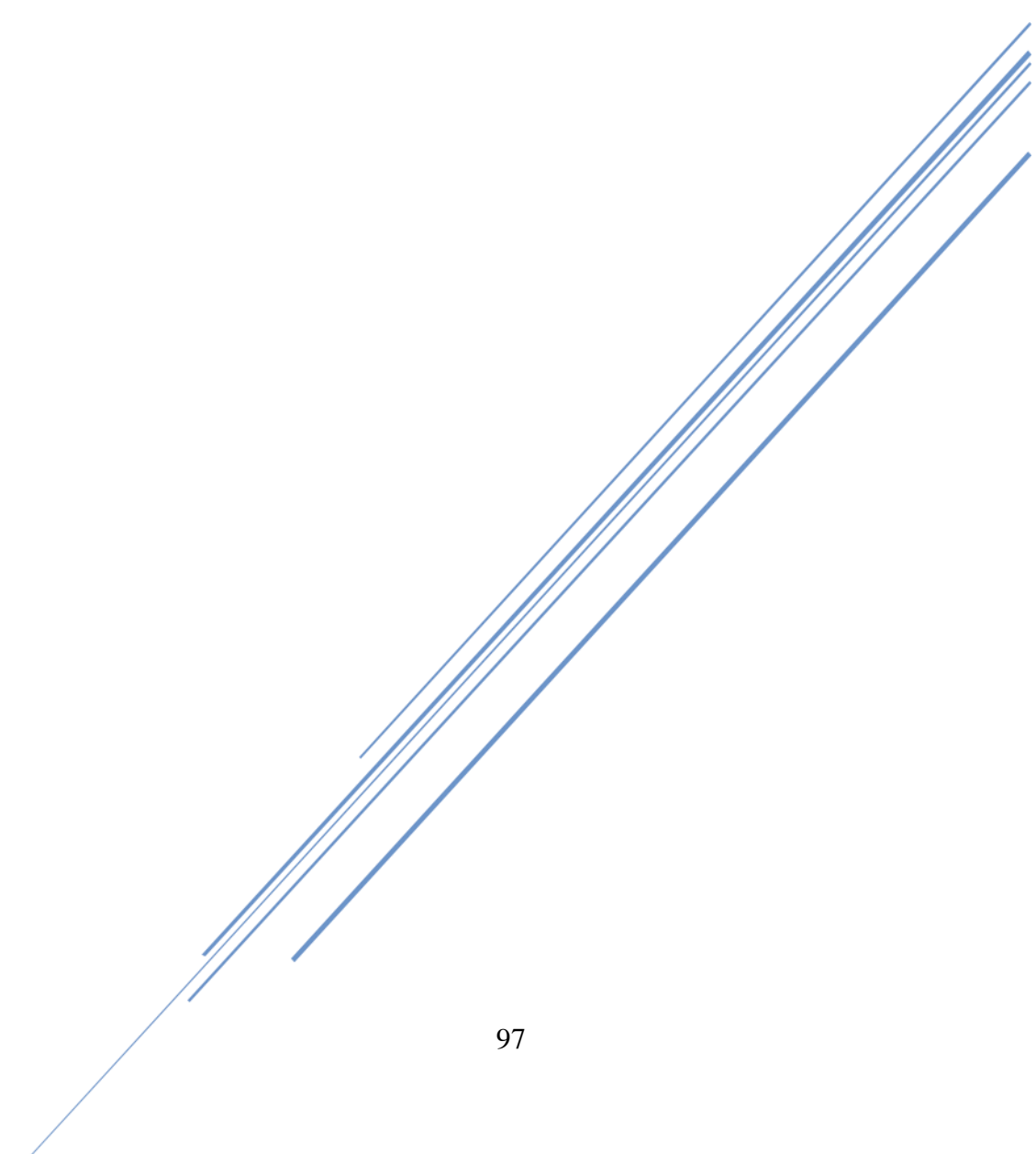
---

Políticas públicas favorables a la temporalidad desde 1984. – El sistema productivo con un modelo de empleo de alta intensidad de mano de obra y de baja cualificación que permite el crecimiento de mercados secundarios. – La flexibilidad y los bajos costos laborales como estrategia empresarial para hacer frente a las incertidumbres de la producción. La temporalidad se ha usado como estrategia sistemática y estructural por parte de las empresas, dándoles a estas un mayor control sobre la fuerza de trabajo” (Navarrete, 2008, p. 130-131).





### **III PARTE: Resultados de la investigación.**







---

## **CAPÍTULO 5: Análisis de la carga de cuidados en Aragón.**

---

## 5. ANÁLISIS DE LA CARGA DE CUIDADOS INFORMALES EN ARAGÓN.

---

En este capítulo se analiza, desde una perspectiva sociodemográfica, la evolución de la relación entre la población de potenciales cuidadores y de perceptores de cuidados en Aragón, una de las CCAA más envejecidas de España<sup>37</sup>. Los datos utilizados proceden de censos y padrones de población, fuentes que permiten abordar el tema planteado a diferentes niveles de desagregación territorial, entre ellos el comarcal.

Es una comunidad de contrastes dónde los datos globales encierran grandes desigualdades intraterritoriales. Aragón, según la Ley de Comarcalización, está constituida por un total de 33 comarcas<sup>38</sup>. La estructura por edad, aunque difiere de unas comarcas a otras, dibuja una sociedad muy envejecida. La tercera parte de estas comarcas presenta un índice de envejecimiento superior al 25% y en cinco de las 33 el índice de envejecimiento supera el 30% (IAEST, 2015). Asimismo, los niveles de sobre-envejecimiento comarcal sitúan a casi todo su territorio muy por encima de la media nacional. En un contexto de estancamiento, incluso de recesión demográfica, la población más anciana aumenta a un fuerte ritmo incrementándose paralelamente la demanda de

---

<sup>37</sup> En este punto, quisiera volver a agradecer públicamente todo el trabajo que la Profesora Titular M<sup>a</sup> del Mar del Rincón (Universidad de Zaragoza) ha volcado en la realización de este capítulo.

<sup>38</sup> Ver *Figura 1*. Permite observar las comarcas aragonesas.

cuidados. La estructura de la población aragonesa se ha transformado de forma muy rápida en las últimas décadas. En muchas comarcas el aumento de la población de más edad, tanto en términos absolutos como relativos, ha venido acompañada de fuertes desequilibrios entre categorías de edad; estos desequilibrios derivan en parte del comportamiento de las migraciones internas y de su efecto diferencial por género y edad, afectando al “vaciamiento” de las generaciones que actualmente y en un futuro inmediato estarían en edad de cuidar.

El objetivo fundamental es medir “la carga de cuidados” en las diferentes comarcas aragonesas, con el fin de analizar oferta/demanda de cuidados e identificar los desequilibrios que condicionan o afectan al potencial de cuidadores en relación a la demanda o necesidad de cuidados.

### 5.1. El contexto aragonés.

Aragón cuenta con un territorio de 47.719 km<sup>2</sup>, y unos 1.325.385 habitantes, lo que origina una densidad de población aproximada de 28,27 hab/km<sup>2</sup>. La mayor parte de su población se concentra en la capital Zaragoza y sus alrededores (ver *Figura 1. Mapa de Aragón* y *Figura 2. Mapa de densidad de Aragón*). Es una región de grandes desequilibrios socio-económicos e infraestructurales, sobre todo si se compara el valle del Ebro (y la ya mencionada macrocefalia zaragozana) con las zonas más despobladas, como podrían ser las cordilleras ibéricas y pirenaicas. Además, hay que sumarle una serie de problemas medioambientales, incompatibilidades del uso del suelo, dificultades en la gestión de los ríos aragoneses y un fuerte riesgo de despoblamiento de algunas zonas (Bielza, 2010).

Actualmente, a excepción de las tres capitales de provinciales (Zaragoza, Huesca y Teruel), las comarcas perdían población, en gran parte debido a la emigración, incluidas las migraciones interiores, aunque en los últimos años del siglo XX, también se debía a un crecimiento vegetativo negativo. A comienzos del siglo XXI la mayoría de las comarcas habían experimentado un ligero aumento en su población debido en parte a la llegada de personas extranjeras. Además, no todas las comarcas cuentan con los mismos

recursos e infraestructuras por la falta de inversión pública, coincidiendo en buena parte con aquellas que tienen riesgo de despoblación. La proporción de personas en situación de dependencia es mayor en aquellas zonas rurales demográficamente deprimidas, que nuevamente suele coincidir con aquellas comarcas que cuentan con menos recursos, aumentando la demanda de cuidados (Pinilla y Sáez, 2009).

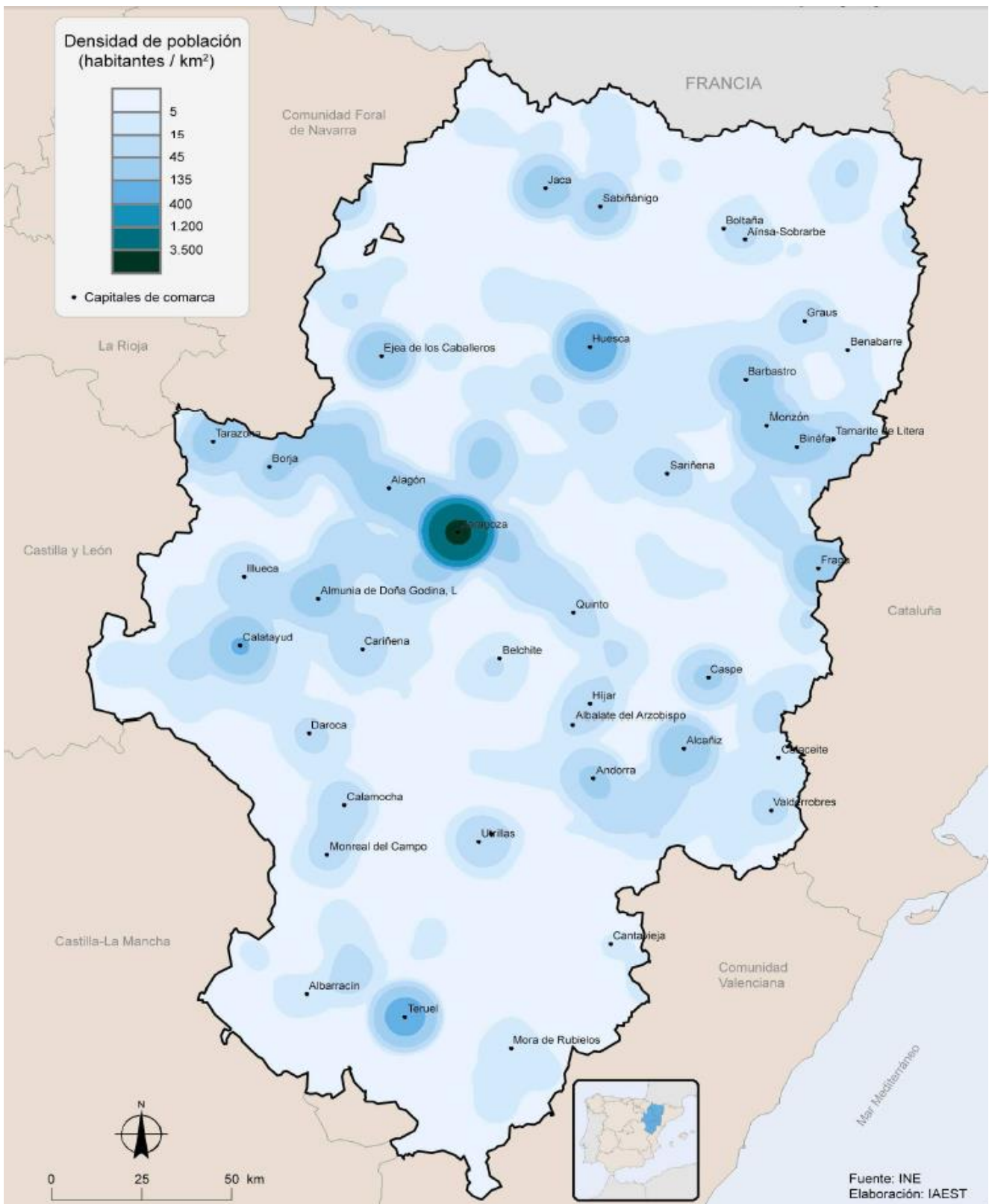
Por todas las particularidades que presenta esta región, resulta conveniente realizar el estudio de la carga de cuidado en la CCAA de Aragón, que permitirá conocer cómo está incidiendo el envejecimiento en cada una de las comarcas, cuál es la actual demanda de cuidados y las necesidades futuras que se puedan originar.

Figura 1. Edad media de la población femenina por comarcas aragonesas. Año 2011.



Fuente: Padrón Municipal de Habitantes, INE 2011.  
Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST).

Figura 2. Densidad de población en Aragón. Año 2010.



## 5.2. Antecedentes en la medición de los potenciales cuidadores de un territorio.

A tenor del desarrollo demográfico, social y político en España que se ha descrito en los capítulos teóricos de esta tesis, la pregunta que cabe entonces formular es “¿quién cuidará de nosotros cuando seamos octogenarios?” (Abellán y Puyol, 2013)<sup>39</sup>. Para responder a esta pregunta estos autores han aplicado la ratio de apoyo familiar<sup>40</sup> al conjunto del territorio español en distintas fechas, incluyendo proyecciones de población hasta el 2040, concluyendo que de los 6 cuidadores informales disponibles, por persona de 80 y más años en el año 2000, en el año 2034 habrá solo 3 y en el 2040 se reducirá hasta 2 posibles cuidadores informales; de este modo se deduce que la necesidad de provisión formal de cuidados se va incrementar de un modo espectacular.

Pero no han sido los únicos en tratar de conocer la respuesta a esta pregunta. Otros investigadores también han tratado de medir la carga de cuidados<sup>41</sup>. Por ejemplo, han aplicado las mediciones en territorios concretos o han empleado ecuaciones que difieren entre sí, bien por el rango de edades que seleccionan, o bien porque han puesto énfasis en las personas potencialmente cuidadas, o en las personas que podrían estar recibiendo cuidados. La *Tabla 7* muestra algunas de las más fórmulas más utilizadas para estudiar esta relación.

---

<sup>39</sup> Recientemente, en el Congreso de la Federación Española de Sociología, celebrado en Gijón 30 de junio, 1 y 2 de julio de 2016, las investigadoras Gómez-Redondo, Fernández-Carro y Cámara Izquierdo han presentado una comunicación titulada “Una aproximación demográfica al estudio de la población implicada en el intercambio informal de cuidados en España, Pasado, presente y futuro”, en el que analizan la carga de cuidados en las CCAA. En la misma mesa de trabajo de este congreso, la investigadora Elizalde mostró su trabajo “Envejecimiento y masculinización en las poblaciones rurales. Relación entre demografía y formas de cuidar”, en el cual realizaba un análisis del envejecimiento y la distribución de cuidados informales en las distintas regiones del territorio navarro. En esta misma sesión, la investigadora Del Rincón y yo presentamos un avance de este capítulo de tesis que titulamos “Desigualdades territoriales en la <<carga de cuidados>> en Aragón”. De este modo, se constata la actualidad de estas cuestiones y el interés científico que producen.

<sup>40</sup> Que se corresponde con *fórmula C* de la *Tabla 7*.

<sup>41</sup> Los estudios de la carga de cuidados en el resto de países desarrollados llegan mucho antes que a España, puesto que la generación del baby-boom en española lleva 12 años de retraso en comparación con la del resto (Abellán y Puyol, 2013).



Tabla 7. Principales fórmulas que miden la carga de cuidados.

<p><b>A</b></p> <p><b>Oldest old support ratio</b></p> $= \frac{\text{Población entre 50 y 74 años}}{\text{Población de 85 y más años}}$ <p>(Robine, Michel, &amp; Herrmann, 2007)</p>	<p><b>B</b></p> <p><b>Parent support ratio</b></p> $= \frac{\text{Población de 80 y más años}}{\text{Población entre 50 y 64 años}} \times 100$ <p>(Kinsella &amp; Velkoff, 2001)</p> <p>(Herlofson &amp; Hagestad, 2011)</p>	<p><b>C</b></p> <p><b>Caregiver support ratio</b></p> $= \frac{\text{Población entre 45 y 64 años}}{\text{Población de 80 y más años}}$ <p>(Redfoot, Feinberg, &amp; Houser, 2013)</p>
--	---	--

Fuente: elaboración propia.

La ratio a) *Oldest old support ratio*, (Robine, Michel, y Herrmann, 2007) ofrece información sobre el número de potenciales cuidadores disponibles para cuidar a una persona de 85 y más años, es decir, tiene en cuenta únicamente el sobreenvjecimiento de la población. Sin embargo, la ventaja que presenta frente a las otras es que el rango de edad que escogen para la población potencialmente cuidadora, se ajusta más al perfil de cuidadores informales que, según El Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia<sup>42</sup>, podemos encontrar en España.

Asimismo, la ratio b) *Parent support ratio* (Kinsella y Velkoff, 2001; Herlofson y Hagestad, 2011) enfatiza en la población de personas mayores al colocarlas en el numerador de la fracción. Podría decirse que relaciona el número de personas mayores con su presunta descendencia –aunque no tienen que estar necesariamente unidos por lazos de parentesco- y suele utilizarse como un indicador aproximado para conocer qué cambios en el sistema de apoyo familiar deben realizarse para atender a la demanda de cuidados a mayores.

Por último, la ratio c) *Caregiver support ratio* (Redfoot, Feinberg, y Houser, 2013) analiza la disponibilidad de cuidadores de personas mayores en una región determinada, aunque en este caso, el rango de edad escogido como potenciales cuidadores deja fuera a

<sup>42</sup> En adelante Sisaad.

un importante número de personas que en Aragón y en España, sí están ejerciendo de cuidadoras.

### 5.3. Nota metodológica.

Tal y como se introducía en el apartado metodológico<sup>43</sup>, para llevar a cabo este estudio hemos partido de los datos proporcionados por el Instituto Aragonés de Estadística<sup>44</sup> y, en concreto, las cifras de las pirámides de población por grandes grupos de edad y sexo para los datos del censo 1991, 2001, 2011 y del padrón municipal de habitantes del año 2015, por ser este el último dato disponible en la fecha de la elaboración de este trabajo. También se han recogido los datos de las proyecciones demográficas facilitadas por el IAEST para los años 2020, 2025 y 2029.

En un primer momento, para mediar la carga de cuidados en el territorio aragonés aplicamos las ratios mencionadas en la *Tabla 7. Principales fórmulas que miden la carga de cuidados* y, tras observar los resultados, consideramos oportuno partir de la revisión de estos indicadores y elaborar nuestras propias ratios atendiendo a las especificidades del territorio aragonés, dando como resultado la propuesta de la *Ratio global de cuidadores informales* y la *Ratio femenina de cuidadoras informales*.

La *Ratio global de cuidadores informales*<sup>45</sup> relaciona la población de hombres y mujeres entre los 50 y los 74 años - que podrían ser potenciales cuidadores-, con el número de personas de 80 y más años –que podrían ser personas que estuvieran recibiendo cuidados-. Hemos seleccionado la edad de 50 a 74 años como la idónea para medir el número de posibles cuidadores en territorio aragonés, ya que coincide con el perfil de cuidadores no profesionales elaborado por el SAAD<sup>46</sup>. Incluimos a la población de 80 y más años como personas potencialmente siendo cuidadas, puesto la esperanza de

---

<sup>43</sup> Ver “Capítulo 2: Metodología”.

<sup>44</sup> En adelante, IAEST.

<sup>45</sup> En adelante, R.G.C.I.

<sup>46</sup> Fecha 31 de marzo de 2016.

vida para los hombres en España se sitúa en los 80 años, mientras que para las mujeres es de 85'6 años<sup>47</sup>.

$$\text{Ratio global de cuidadores informales} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de personas entre 50 y 74}}{\text{N}^{\circ} \text{ de personas de 80 y más años}}$$

Por otro lado, tal y como hemos visto en los anteriores apartados, la carga de cuidados generalmente está siendo asumida por mujeres, por lo que hemos creído necesario observar por separado la *Ratio femenina de cuidadoras informales*<sup>48</sup>, en la que se relacionan el número de mujeres entre los 50 y los 74 años –mujeres que podrían ser potenciales cuidadoras-, con el número de personas de 80 y más años.

$$\text{Ratio femenina de cuidadoras informales} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de mujeres entre 50 y 74 años}}{\text{N}^{\circ} \text{ de personas de 80 y más años}}$$

Aplicar estas ratios en Aragón, sus provincias y sus comarcas en los distintos años seleccionados, permite observar la evolución del potencial de cuidadores, así como establecer tipologías de territorios en función de la carga de cuidados.

#### 5.4. Evolución de las ratios para Aragón y sus provincias.

A continuación, se analizan las tablas y gráficos que se han elaborado para poder analizar la evolución de las ratios, tanto la global como la femenina de cuidadores informales, en el conjunto de Aragón y las provincias de Huesca, Teruel y Zaragoza, para los años 1991, 2001, 2011 y 2015. También se incluyen los datos para las proyecciones demográficas en 2020, 2025 y 2029.

---

<sup>47</sup> Datos del INE para el año 2013.

<sup>48</sup> En adelante, R.F.C.I.

Para facilitar el análisis se incorporan el *Gráfico 1*, en el que se puede observar cómo ha evolucionado la R.G.C.I. para Aragón y sus provincias, en los años 1991, 2001, 2011, 2015, 2020, 2025 y 2029. También se incorporan los valores para España en esos mismos años. El *Gráfico 2* mide la R.F.C.I. en los mismos territorios y en las mismas fechas. Se acompañan estos gráficos con sus valores numéricos correspondientes, ordenados en la *Tabla 8* y la *Tabla 9*. Este análisis lo hemos subdividido en dos secciones. En la primera se estudiará el periodo comprendido entre el año 1991 y el 2015 para ambas ratios y en la segunda parte, el periodo que va desde 2020 al 2029, es decir, las proyecciones demográficas, también para las dos ratios.

#### **A) Para el periodo 1991-2015 los datos reflejan lo siguiente:**

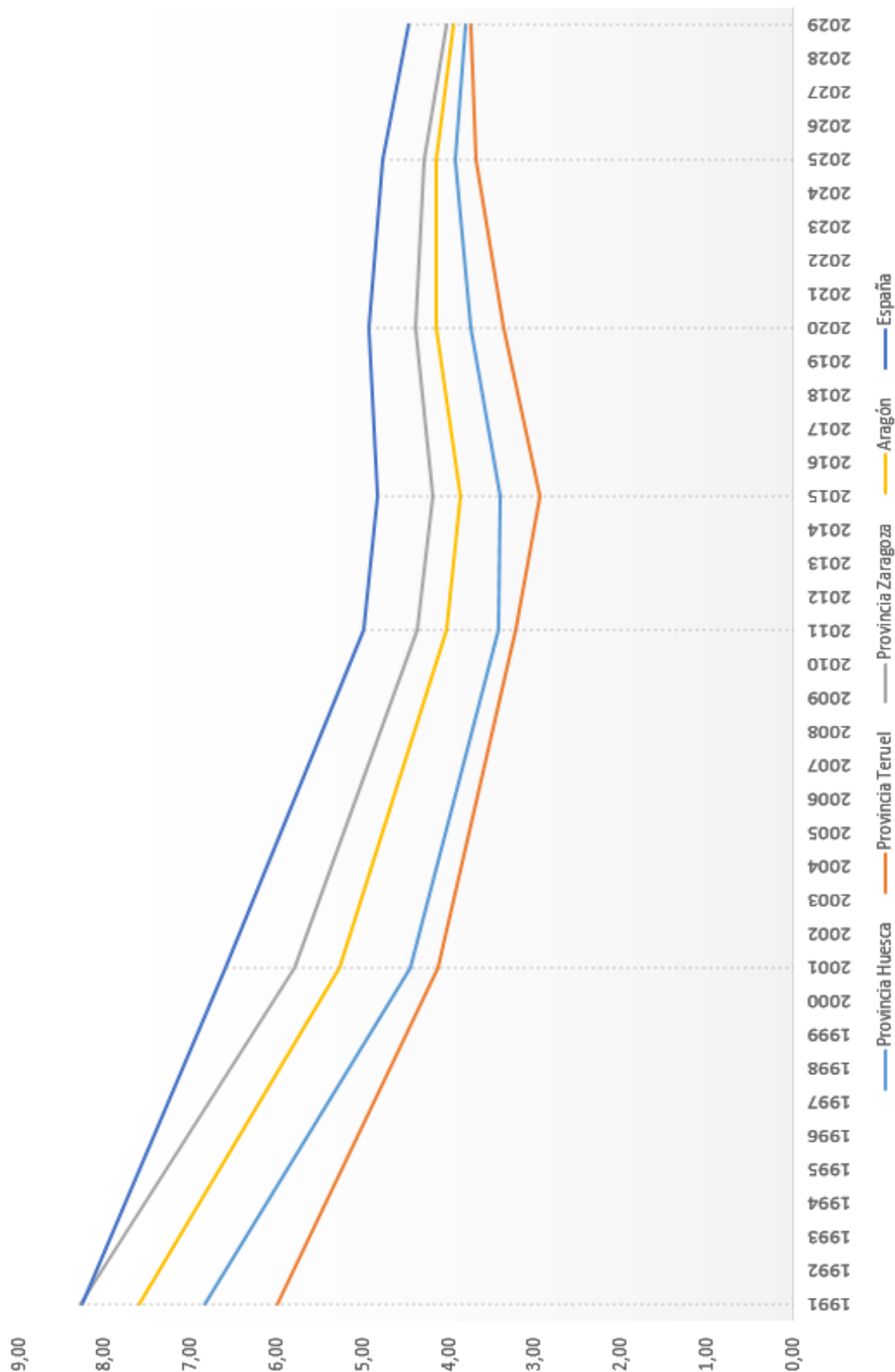
Se observa una tendencia decreciente de la *ratio global de cuidadores informales* que constata una drástica reducción en la oferta de cuidados informales en todo el territorio. En el periodo señalado, para el conjunto de Aragón la ratio global ha pasado de 7'6 a 3'9, lo que implica que el potencial de cuidado de la población aragonesa se ha reducido a la mitad. El valor de la ratio global es dispar entre unas provincias y otras, correspondiéndole a Teruel la peor posición. La ratio global para el territorio español se sitúa un punto por encima de la ratio aragonesa durante todo este periodo.

Los datos referidos a la *Ratio femenina de cuidadoras informales*, ratio que en esta investigación se ha considerado que mide de forma más acertada la capacidad real de proveer cuidados en una población, muestran un limitado potencial de cuidado. Ha descendido en Aragón de 3'95 en 1991, a 1'96 en 2015. La ratio femenina para España se sitúa muy por encima de los valores que toma la ratio femenina de Aragón en este periodo, casi dos puntos más, en concreto, 6'65 en 1991 y 3'93 en 2015.

Los datos por provincias de nuevo muestran importantes diferencias interterritoriales. Zaragoza pasa de 4'36 a 2'16, Huesca de 3'45 a 1'67, y Teruel de 3'03 a 1'42. Esta última provincia presenta la peor posición relativa: se aprecia la escasez de mujeres cuidadoras y es un claro reflejo de debilidad demográfica. Teruel soporta altos niveles de envejecimiento y bajas densidades de población. La provincia de Zaragoza, la

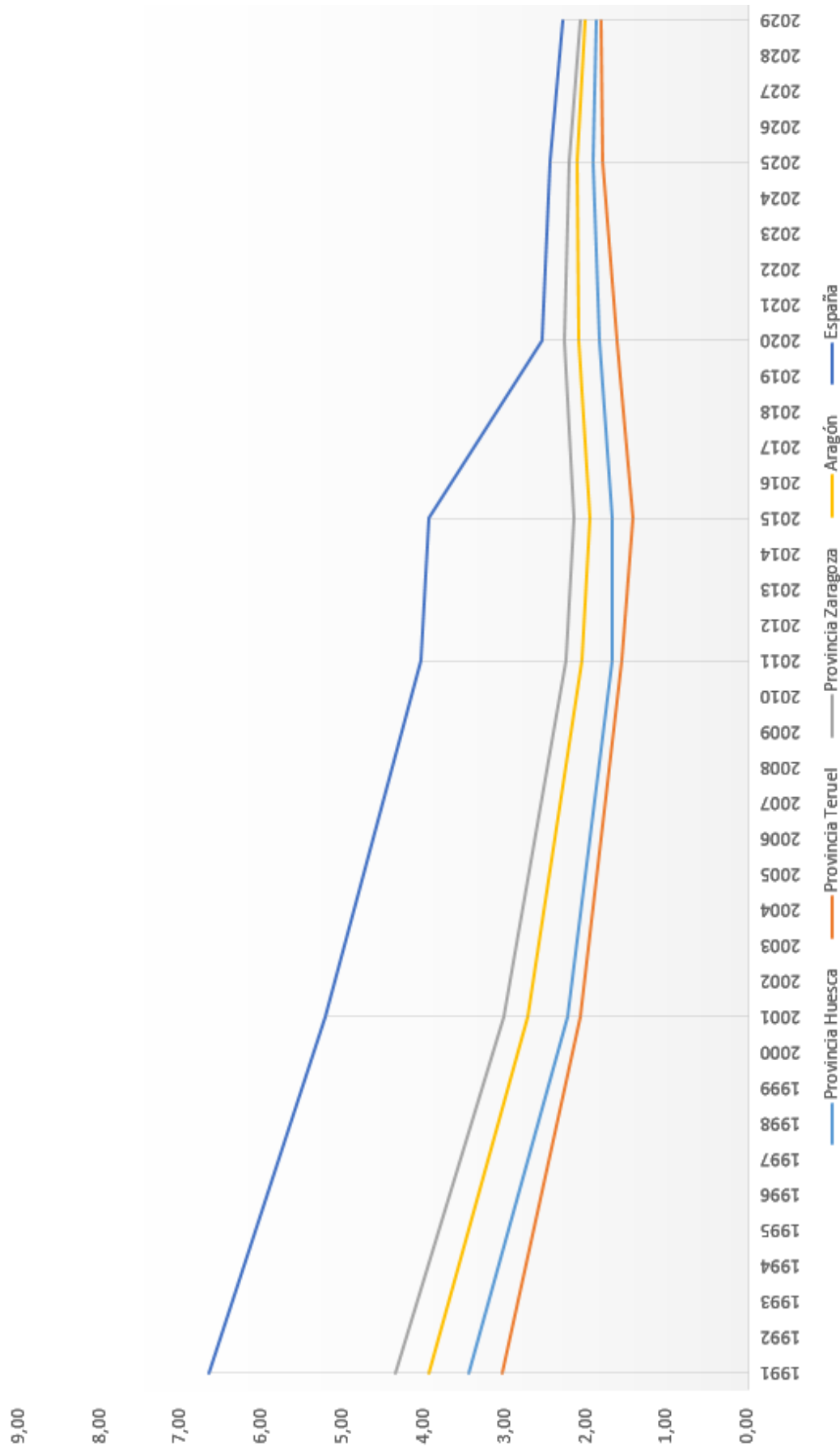
más densamente poblada y menos envejecida, concentra el mayor volumen de habitantes; sus valores superan a lo largo del periodo la media regional, por lo que su posición relativa respecto al potencial de cuidados informales es la mejor. El *Gráfico 2* visualiza la brecha de cuidados de Zaragoza respecto de Huesca y de Teruel.

Gráfico 1. Evolución ratio global de cuidadores informales para Aragón, sus provincias y España. Años 1991, 2001, 2011, 2015, 2020, 2025 y 2029.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del IAESE.

Gráfico 2. Evolución ratio femenina de cuidadoras informales para Aragón, sus provincias y España. Años 1991, 2001, 2011, 2015, 2020, 2025 y 2029.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del IAEST.

Tabla 8. Evolución de la ratio global de cuidadores para Aragón, sus provincias y España. Años 1991, 2001, 2011, 2015, 2020, 2025 y 2029.

	1991	2001	2011	2015	2020	2025	2029
<i>Provincia Huesca</i>	6,84	4,45	3,43	3,41	3,75	3,93	3,82
<i>Provincia Teruel</i>	6,01	4,14	3,22	2,96	3,37	3,70	3,74
<i>Provincia Zaragoza</i>	8,29	5,79	4,38	4,18	4,40	4,30	4,03
<b>Aragón</b>	<b>7,60</b>	<b>5,27</b>	<b>4,03</b>	<b>3,87</b>	<b>4,14</b>	<b>4,16</b>	<b>3,96</b>
<i>España</i>	8,27	6,60	5,00	4,84	4,94	4,78	4,47

Fuente: elaboración propia a partir de datos del IAEST.

Tabla 9. Evolución de la ratio femenina de cuidadoras para Aragón, sus provincias y España. Años 1991, 2001, 2011, 2015, 2020, 2025 y 2029.

	1991	2001	2011	2015	2020	2025	2029
<i>Provincia Huesca</i>	3,45	2,23	1,68	1,67	1,83	1,92	1,87
<i>Provincia Teruel</i>	3,03	2,06	1,56	1,42	1,62	1,79	1,82
<i>Provincia Zaragoza</i>	4,36	3,02	2,25	2,16	2,26	2,20	2,06
<b>Aragón</b>	<b>3,95</b>	<b>2,72</b>	<b>2,05</b>	<b>1,96</b>	<b>2,10</b>	<b>2,10</b>	<b>2,00</b>
<i>España</i>	6,65	5,21	4,03	3,93	2,54	2,45	2,29

Fuente: elaboración propia a partir de datos del IAEST.

**B) En el periodo 2015-2029, los datos nos indican:**

Las ratios proyectadas a futuro para el conjunto de la CCAA, reflejan que se ralentiza su caída en el horizonte temporal señalado. En Aragón, a partir del año 2015, se observa un cambio de tendencia. El valor de ambas ratios se incrementa entre 2015 y 2025 para, a partir de ese momento, volver a caer. En los próximos 10 años se podría hablar de un periodo de transición o “de alivio”, que va a durar poco si se tiene en cuenta el recorrido de las generaciones de cuidadores en el tiempo. La entrada o llegada a la edad de recibir cuidados de las generaciones del “baby-boom”, mucho más numerosas, plantea todo un desafío en buena parte del territorio aragonés.

Al comparar con España se observa una peor posición en Aragón y sus provincias para ambas ratios; las diferencias y desigualdades por provincias se mantienen, correspondiendo de nuevo a Zaragoza la situación más favorable, aunque sigue la tendencia decreciente de la media nacional. Los *Gráficos 1 y 2* muestran cómo en el 2015 Huesca y Teruel, una vez tocado fondo con los valores más bajos de toda la serie temporal, remontarán, aunque sin alcanzar los valores medios y manteniendo su posición inferior a la media aragonesa y española. No obstante, a largo plazo, las distancias iniciales se acortan.

Para Teruel y Huesca se prevé una mejora coyuntural en la próxima década, derivada más que del incremento de la población cuidadora, de un estancamiento de la población susceptible de ser cuidada. Esta se corresponde con generaciones huecas o vacías, afectadas por la emigración y el éxodo rural de décadas anteriores. Por el contrario, Zaragoza, que recibió buena parte de esos flujos migratorios internos, verá aumentada su presión en términos de cuidados debido fundamentalmente al fuerte crecimiento de la población mayor de 80 años y a la elevada concentración de este colectivo. En cualquier caso, los gráficos de tendencias o evolución muestran cómo las ratios siguen cayendo, aunque de forma lenta y con menos intensidad que en las décadas precedentes.



### 5.5. Evolución de los ratios por comarcas.

Se han calculado los dos ratios, el global y el femenino, para cada una de las 33 comarcas aragonesas en 1991, 2001, 2011 y 2015 y se ha analizado la evolución en comparación con Aragón en el periodo señalado; no se han podido realizar los correspondientes análisis sobre las proyecciones al no existir datos desagregados por comarcas. Los ratios a nivel comarcal son clave para conocer qué disponibilidad de cuidados informales tienen los aragoneses en función del territorio en el que viven y permite observar de forma detallada cómo ha evolucionado a lo largo del tiempo el potencial de cuidados informales en cada una de las zonas. Para el estudio a nivel comarcal se ha optado por trabajar ambos ratios por separado. En primer lugar, se ha analizado el R.G.C.I.; para apoyar este análisis se ha introducido el *Gráfico 3*, el *Gráfico 4* y la *Tabla 10*. Estas figuras permiten comparar la evolución de la ratio global de cuidadores informales para las comarcas aragonesas en el periodo anteriormente señalado (años 1991, 2001, 2011 y 2015). Igualmente, se ha incorporado el *Gráfico 5*, *Gráfico 6* y la *Tabla 11* para facilitar el análisis de la R.F.C.I.

#### A) Análisis comarcal de la Ratio global de cuidadores informales:

El *Gráfico 3* y el *Gráfico 4* presentan la evolución de la ratio global de cuidadores informales para todas las comarcas a lo largo del periodo 1991 y 2015. El *Gráfico 3* permite visualizar la drástica reducción del potencial de cuidados que se ha producido en todas las comarcas. El valor cae para todas ellas, aunque se observan diferencias en la intensidad.

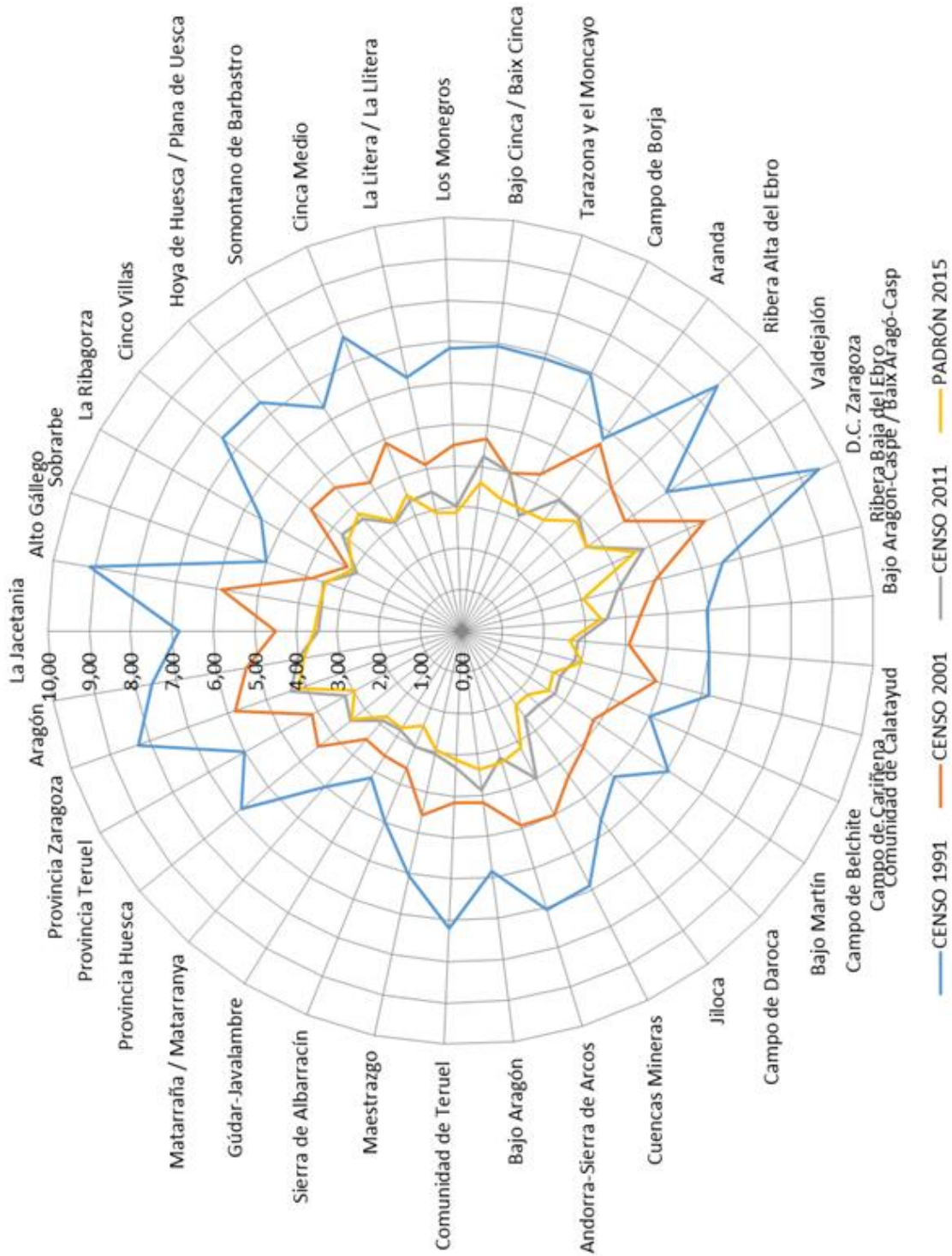
Se aprecia que las principales caídas en todas las comarcas se producen entre los años 1991 y el 2001. Del 2001 al 2011 sigue descendiendo en todas, pero a un ritmo menor. Desde el 2011 hasta el 2015 se observa un cambio de tendencia, aunque no es generalizado<sup>49</sup>. En estos últimos 4 años, el retroceso continúa en 22 de las 33 comarcas,

---

<sup>49</sup> Dicho cambio de tendencia podría ir relacionado con un ligero aumento de los cuidadores entre esos años, tal y como se refleja en la *Tabla 21*, en el *Anexo X*. La población total en Aragón de posibles cuidadores entre el censo del año 2011 y el padrón del 2015, ha aumentado en 22.313 personas, indicando un cierto rejuvenecimiento de las estructuras demográficas. A su vez, la población en edad de ser cuidada, de 80 y más años, ha aumentado también, aunque en menor volumen, con una diferencia de 9.691 personas. De este modo, se produce esta ligera variación en la tendencia general.

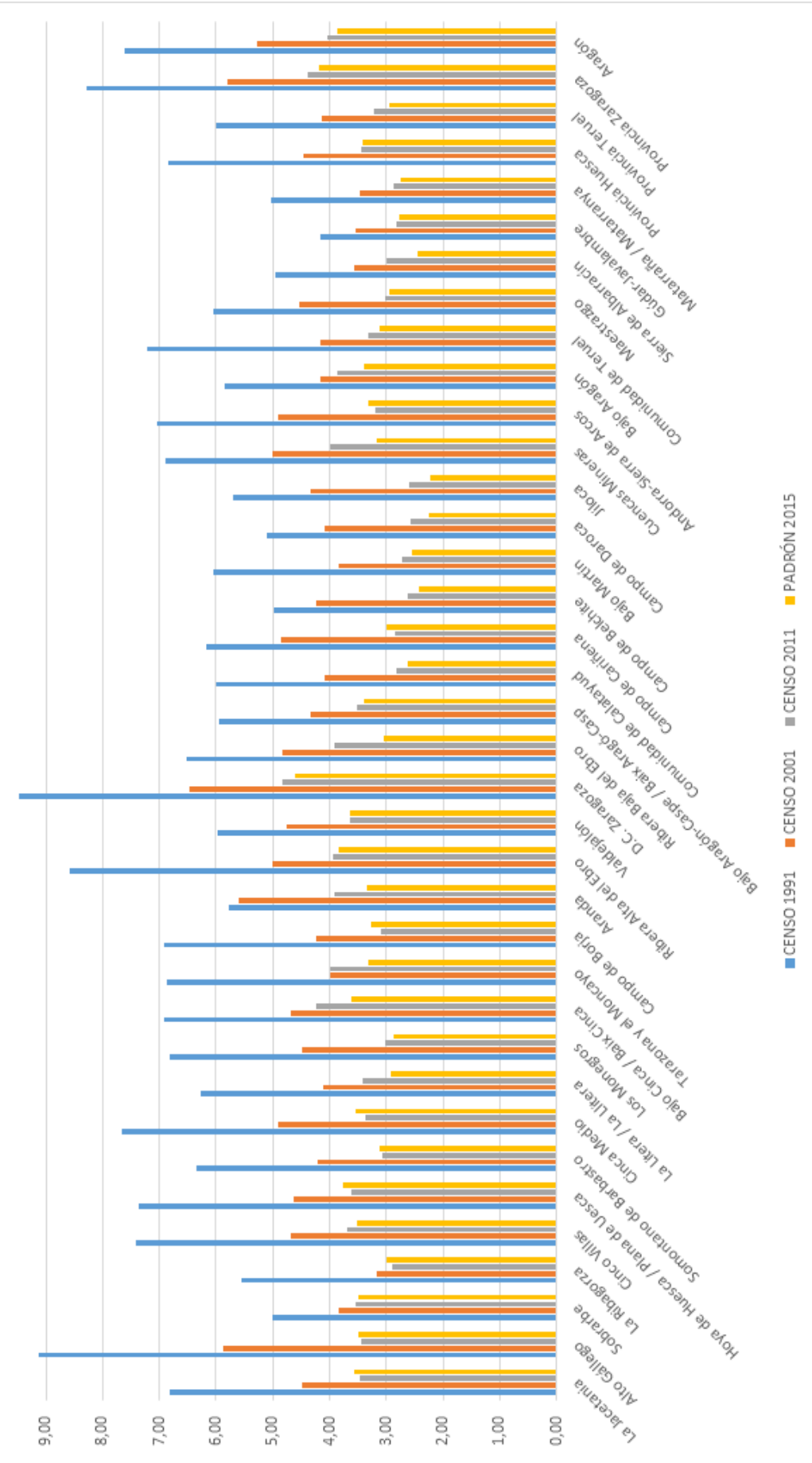
pero una minoría de ellas –casi todas ubicadas en la provincia de Huesca- muestran signos de recuperación, mejorando su capacidad de cuidados informales.

Gráfico 3. Evolución de la ratio global de cuidadores informales para las comarcas aragonesas. Años 1991, 2001, 2011 y 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del IAEST.

Gráfico 4. Evolución de la ratio global de cuidadores informales para las comarcas aragonesas. Años 1991, 2001, 2011 y 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del IAEST.

Tabla 10. Ranking de comarcas según evolución de la ratio global de cuidadores informales 1991-2015.

CENSO 1991		CENSO 2001		CENSO 2011		PADRÓN 2015	
D.C. Zaragoza	9,49	D.C. Zaragoza	6,47	D.C. Zaragoza	4,82	D.C. Zaragoza	4,62
Alto Gállego	9,12	Alto Gállego	5,89	Bajo Cinca	4,25	<b>Aragón</b>	<b>3,87</b>
Ribera Alta Ebro	8,57	Aranda	5,61	<b>Aragón</b>	<b>4,03</b>	Ribera Alta del Ebro	3,83
Cinca Medio	7,65	<b>Aragón</b>	<b>5,27</b>	Tarazona-Moncayo	4,00	Hoya de Huesca	3,76
<b>Aragón</b>	<b>7,60</b>	Ribera Alta del Ebro	5,01	Cuencas Mineras	4,00	Valdejalón	3,64
Cinco Villas	7,43	Cuencas Mineras	5,00	Ribera Alta del Ebro	3,93	Bajo Cinca	3,62
Hoya de Huesca	7,36	Andorra-Sierra Arcos	4,92	Aranda	3,92	La Jacetania	3,56
Comunidad Teruel	7,20	Cinca Medio	4,90	Ribera Baja del Ebro	3,91	Cinca Medio	3,55
Andorra-S. Arcos	7,04	Campo de Cariñena	4,86	Bajo Aragón	3,88	Cinco Villas	3,51
Campo de Borja	6,93	Ribera Baja del Ebro	4,82	Cinco Villas	3,70	Sobrarbe	3,50
Bajo Cinca	6,92	Valdejalón	4,76	Valdejalón	3,63	Alto Gállego	3,49
Cuencas Mineras	6,89	Bajo Cinca	4,69	Hoya de Huesca	3,62	Bajo Aragón-Caspe	3,38
Tarazona-Moncayo	6,87	Cinco Villas	4,68	Sobrarbe	3,55	Bajo Aragón	3,38
Los Monegros	6,83	Hoya de Huesca	4,62	Bajo Aragón-Caspe	3,53	Aranda	3,34
La Jacetania	6,82	Maestrazgo	4,55	La Jacetania	3,46	Andorra-Sierra Arcos	3,32
Ribera Baja Ebro	6,52	Los Monegros	4,49	Alto Gállego	3,44	Tarazona-Moncayo	3,32
Somontano Barbastro	6,34	La Jacetania	4,49	La Litera	3,43	Campo de Borja	3,27
La Litera	6,27	Bajo Aragón-Caspe	4,35	Cinca Medio	3,37	Cuencas Mineras	3,16
Campo Cariñena	6,18	Jiloca	4,34	Comunidad de Teruel	3,31	Somontano Barbastro	3,13
Maestrazgo	6,05	Campo de Borja	4,25	Andorra-Sierra Arcos	3,20	Comunidad de Teruel	3,13
Bajo Martín	6,05	Campo de Belchite	4,23	Campo de Borja	3,10	Ribera Baja del Ebro	3,04
C. de Calatayud	6,01	Somontano Barbastro	4,21	Somontano Barbastro	3,07	La Ribagorza	3,01
Valdejalón	5,98	Bajo Aragón	4,17	Maestrazgo	3,03	Campo de Cariñena	3,01
Bajo Aragón-Caspe	5,96	Comunidad de Teruel	4,16	Los Monegros	3,02	Maestrazgo	2,94
Bajo Aragón	5,86	La Litera	4,11	Sierra de Albarracín	3,00	La Litera	2,93
Aranda	5,77	Campo de Daroca	4,09	La Ribagorza	2,89	Los Monegros	2,86
Jiloca	5,69	C. de Calatayud	4,08	Matarraña	2,88	Gúdar-Javalambre	2,77
La Ribagorza	5,55	Tarazona y el Moncayo	3,98	Campo de Cariñena	2,84	Matarraña	2,75
Campo de Daroca	5,11	Bajo Martín	3,84	C. de Calatayud	2,83	C. de Calatayud	2,63
Matarraña	5,02	Sobrarbe	3,83	Gúdar-Javalambre	2,82	Bajo Martín	2,56
Sobrarbe	5,00	Sierra de Albarracín	3,58	Bajo Martín	2,73	Sierra de Albarracín	2,46
Campo de Belchite	4,99	Gúdar-Javalambre	3,54	Campo de Belchite	2,62	Campo de Belchite	2,43
Sierra de Albarracín	4,95	Matarraña	3,48	Jiloca	2,59	Campo de Daroca	2,24
Gúdar-Javalambre	4,16	La Ribagorza	3,16	Campo de Daroca	2,58	Jiloca	2,22

Fuente: elaboración propia a partir de datos del IAEST.

En la “Tabla 4. Ranking de comarcas según evolución de la ratio global de cuidadores informales 1991-2015.”, en la que se ordenan, para cada año, las comarcas de mayor a menor teniendo en cuenta la ratio global. En color verde se han marcado aquellas comarcas que se sitúan en las primeras posiciones, mientras que en color rojo se han

señalado las comarcas que tienen una ratio de cuidadores informales muy baja. Estas tablas permitirán más adelante poder establecer tipologías de comarcas en función del lugar que ocupen en este ranking.

Se puede observar la existencia de una brecha territorial del potencial del cuidado en cada una de las fechas. Por ejemplo, en 1991, entre la comarca que ocupa la primera posición, D. C. Zaragoza con una ratio global de 9'49 y Gúdar-Javalambre, en la última posición y un valor de 4'16, se observa una amplísima diferencia de más de 5 puntos. Tomando como referencia Aragón, con un 7'6, se constata que solamente 4 comarcas superan ese valor, mientras que las 29 restantes, se sitúan por debajo.

En 2001 los valores oscilan entre 6'47, que sigue correspondiéndole a D. C. Zaragoza y el 3'16 de la Ribagorza, que ocupa la última posición. A su vez, en el 2011, D. C. Zaragoza continúa en la primera posición con una ratio del 4'82 y en último lugar otra comarca zaragozana, Campo de Daroca con una ratio del 2'58. Los datos del 2015 siguen confirmando la existencia de esta brecha en el potencial del cuidado. D. C. Zaragoza con una ratio de 4'62 es la única comarca que supera el valor medio de Aragón, y la comarca del Jiloca (2,22) ocupa la última posición, seguida con escasa diferencia por el Campo de Daroca (2,24). Por lo general, se puede observar cómo en cada momento temporal las comarcas más envejecidas y con más desequilibrios demográficos internos ocupan la posición más baja de la tabla.

Tal y como se comprueba en la *Tabla 10*, la posición de cabeza en todas las series temporales le corresponde a la comarca de D. C. Zaragoza, que se convierte en una excepción al ser la única que en la actualidad mejora los valores medios autonómicos. Esta posición de cabeza es compartida por otras comarcas “urbanas”<sup>50</sup> con expansión y crecimiento demográfico importante en los últimos años en relación con el conjunto, que soportan un menor nivel de envejecimiento, e incluso se han rejuvenecido en los últimos años. Por el contrario, en las posiciones de cola se sitúan las comarcas eminentemente rurales, muy envejecidas, altamente despobladas y aisladas en el territorio.

---

<sup>50</sup> Que tienen un núcleo urbano importante.

Se detecta que se ha producido una gran movilidad de algunas comarcas en los puestos del ranking a lo largo de este periodo. Por ejemplo, se puede destacar que algunas comarcas oscenses, la Ribagorza y Sobrarbe, que ocupaban posiciones de cola en 1991 y 2001, han mejorado su posición relativa. Por su parte, sorprende el retroceso que han sufrido comarcas como C. de Calatayud, con un importante núcleo urbano, que desciende paulatinamente hasta situarse en la séptima posición por la cola<sup>51</sup>.

### **B) Análisis comarcal de la Ratio femenina de cuidadoras informales:**

La ratio femenina de cuidadoras informales desagregada a nivel comarcal expresa numéricamente la relación que en cada territorio existe entre las mujeres en la franja de edad de 50 a 74 años (potencialmente cuidadoras) y todas las personas con más de 80 años, es decir, en edad de recibir cuidados.

Los *Gráficos 5 y 6* recogen la evolución de la ratio femenina para cada una de las comarcas en el periodo estudiado. Desde 1991 se observa un retroceso generalizado en el potencial de cuidado femenino; en esa fecha había casi 4 mujeres en edad de cuidar por cada octogenario en Aragón y en 2015 esta relación se reduce a la mitad. En 2015 el valor de la ratio es muy dispar entre unas zonas y otras, oscila entre 2,43 para Zaragoza y 1,01 en las comarcas del Jiloca y del Campo de Daroca. El retroceso a lo largo del periodo afecta, aunque con distinta intensidad, a todas las comarcas, incluida Zaragoza, la única que supera la media regional en las distintas fechas.

Los datos de 2015 constatan que algunas comarcas muestran signos de recuperación o, al menos, consiguen detener la tendencia regresiva de las tres décadas precedentes. En total son 9, 5 oscenses, 3 Zaragozanas y sólo una turolense. En cualquier caso, los gráficos muestran como el potencial de cuidado femenino en la actualidad está bajo mínimos en la mayor parte del territorio de la CCAA.

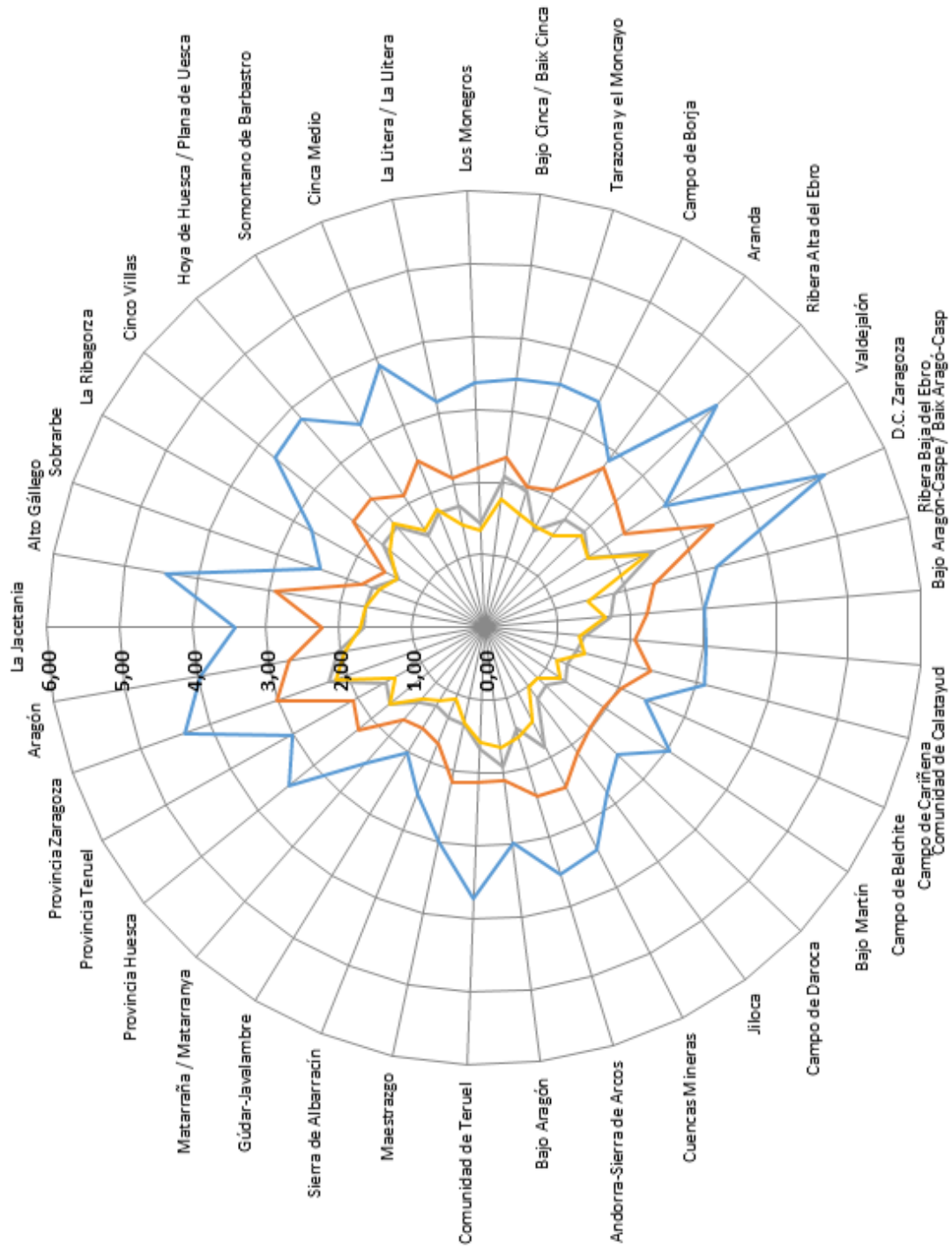
---

<sup>51</sup> Los datos del informe CEDDAR (Pinilla y Sáez, 2009), señalan que se pueden encontrar regiones aragonesas a dos velocidades: una minoría de comarcas que se han expandido fuertemente, como Ciudad de Zaragoza y otras con crecimientos muy leves o, incluso, retrocesos (debido tanto a saldos negativos vegetativos y migratorios). Estas comarcas recesivas han sufrido una espectacular caída de la natalidad bruta, así como un fuerte envejecimiento de la población. Las comarcas con municipios pequeños (menor número de habitantes), terminan mostrando una fuerte debilidad demográfica.

Teniendo en cuenta los valores de la R.F.C.I. para España (3,93), hay que destacar que las 33 comarcas aragonesas (incluida D.C. Zaragoza), se sitúan muy por debajo de la ratio española, que casi duplica la del conjunto de Aragón, tal como puede observarse con detalle en la *Tabla 11*. Mientras que en España encontramos 4 mujeres en edad de cuidar por cada persona potencialmente receptora de cuidados, en Aragón la carga de cuidado para cada mujer es muy superior, llegando incluso a hallar comarcas con una carga de cuidados de 1 mujer de 50 a 74 por cada persona de 80 y más años.



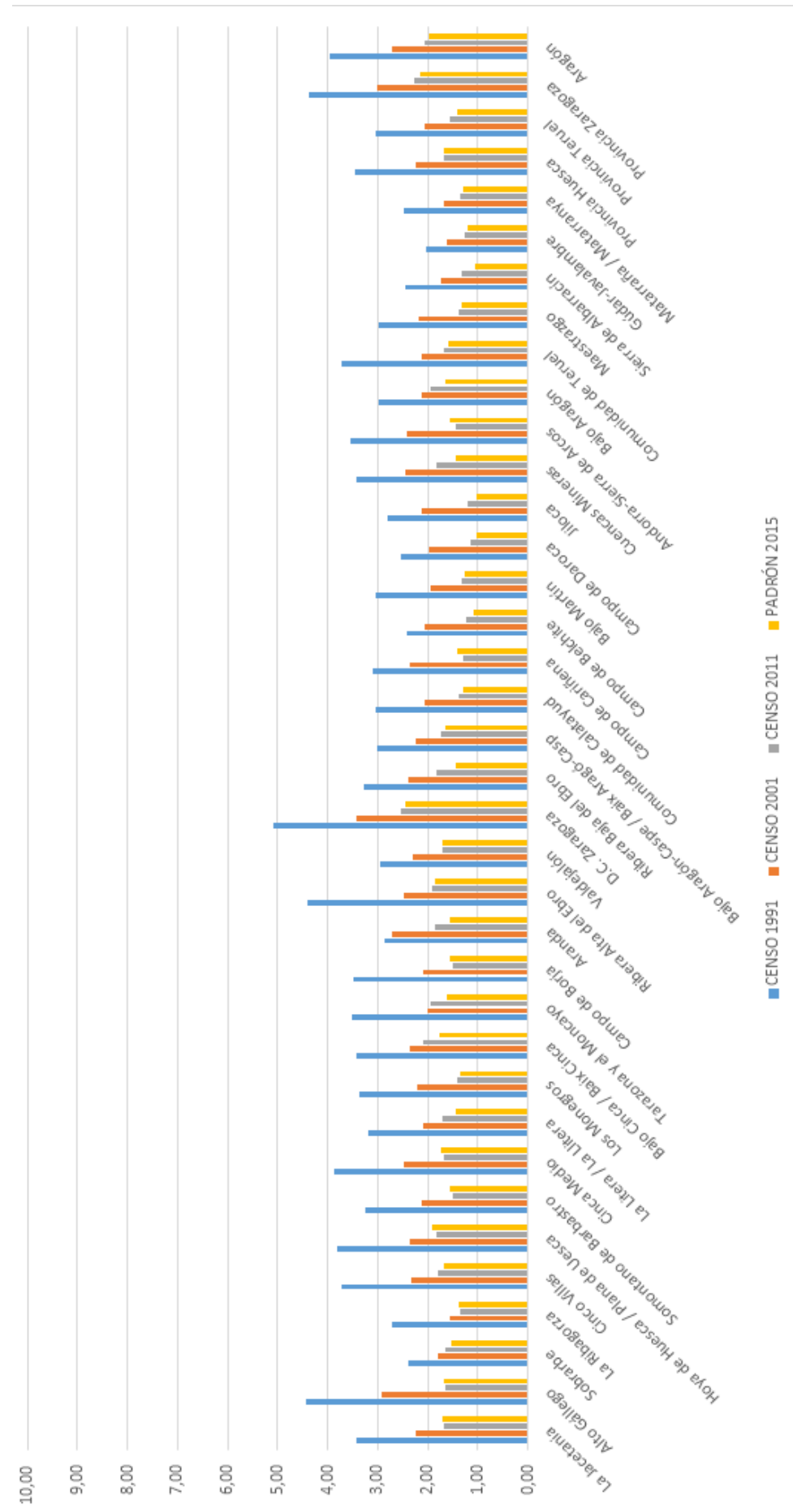
Gráfico 5. Evolución de la ratio femenina de cuidadoras informales para las comarcas aragonesas. Años 1991, 2001, 2011 y 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del IAEST.



Gráfico 6. Evolución de la ratio femenina de cuidadoras informales para las comarcas aragonesas. Años 1991, 2001, 2011 y 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del IAEEST.

Tabla 11. Ranking de comarcas según evolución de la ratio femenina de cuidadoras informales 1991-2015.

CENSO 1991		CENSO 2001		CENSO 2011		PADRÓN 2015	
D.C. Zaragoza	5,09	D.C. Zaragoza	3,43	D.C. Zaragoza	2,53	D.C. Zaragoza	2,43
Alto Gállego	4,43	Alto Gállego	2,91	Bajo Cinca	2,08	<b>Aragón</b>	<b>1,96</b>
Ribera Alta Ebro	4,40	Aranda	2,72	<b>Aragón</b>	<b>2,05</b>	Hoya de Huesca	1,91
<b>Aragón</b>	<b>3,95</b>	<b>Aragón</b>	<b>2,72</b>	Tarazona-Moncayo	1,94	Ribera Alta Ebro	1,84
Cinca Medio	3,87	Ribera Alta Ebro	2,48	Bajo Aragón	1,93	Bajo Cinca	1,78
Hoya de Huesca	3,81	Cinca Medio	2,47	Ribera Alta del Ebro	1,90	Cinca Medio	1,74
Comunidad Teruel	3,72	Cuencas Mineras	2,46	Aranda	1,84	Valdejalón	1,71
Cinco Villas	3,70	Andorra-Sierra Arcos	2,43	Ribera Baja del Ebro	1,84	La Jacetania	1,71
Andorra-Sierra Arcos	3,53	Ribera Baja Ebro	2,38	Hoya de Huesca	1,84	Alto Gállego	1,67
Tarazona-Moncayo	3,50	Bajo Cinca	2,36	Cuencas Mineras	1,83	Cinco Villas	1,67
Campo de Borja	3,48	Hoya de Huesca	2,36	Cinco Villas	1,80	Bajo Aragón	1,66
Bajo Cinca	3,44	Campo de Cariñena	2,36	Bajo Aragón-Caspe	1,74	Bajo Aragón-Caspe	1,65
Cuencas Mineras	3,42	Cinco Villas	2,33	La Litera	1,69	Tarazona-Moncayo	1,62
La Jacetania	3,41	Valdejalón	2,30	Valdejalón	1,69	Comunidad de Teruel	1,58
Los Monegros	3,36	Bajo Aragón-Caspe	2,23	Cinca Medio	1,69	Andorra-Sierra Arcos	1,56
Ribera Baja Ebro	3,28	La Jacetania	2,22	Comunidad de Teruel	1,68	Aranda	1,56
Somontano Barbastro	3,26	Los Monegros	2,20	La Jacetania	1,67	Somontano Barbastro	1,56
La Litera	3,17	Maestrazgo	2,17	Alto Gállego	1,66	Campo de Borja	1,56
Campo Cariñena	3,10	Comunidad de Teruel	2,13	Sobrarbe	1,63	Sobrarbe	1,54
Bajo Martín	3,04	Jiloca	2,13	Campo de Borja	1,50	Ribera Baja del Ebro	1,45
C. de Calatayud	3,03	Somontano Barbastro	2,12	Somontano Barbastro	1,48	La Litera	1,44
Bajo Aragón-Caspe	3,01	Bajo Aragón	2,11	Andorra-Sierra Arcos	1,45	Cuencas Mineras	1,44
Maestrazgo	2,99	Campo de Borja	2,10	Los Monegros	1,42	Campo de Cariñena	1,40
Bajo Aragón	2,99	La Litera	2,09	C. de Calatayud	1,38	La Ribagorza	1,37
Valdejalón	2,95	Campo de Belchite	2,05	Maestrazgo	1,38	Los Monegros	1,34
Aranda	2,85	C. de Calatayud	2,05	Matarraña	1,36	Maestrazgo	1,33
Jiloca	2,81	Tarazona-Moncayo	2,01	La Ribagorza	1,35	Matarraña	1,30
La Ribagorza	2,72	Campo de Daroca	1,98	Sierra de Albarracín	1,33	C. de Calatayud	1,29
Campo de Daroca	2,52	Bajo Martín	1,95	Bajo Martín	1,33	Bajo Martín	1,25
Matarraña	2,49	Sobrarbe	1,79	Campo de Cariñena	1,30	Gúdar-Javalambre	1,19
Sierra de Albarracín	2,46	Sierra de Albarracín	1,73	Gúdar-Javalambre	1,26	Campo de Belchite	1,08
Campo de Belchite	2,42	Matarraña	1,69	Campo de Belchite	1,22	Sierra de Albarracín	1,06
Sobrarbe	2,40	Gúdar-Javalambre	1,63	Jiloca	1,20	Campo de Daroca	1,01
Gúdar-Javalambre	2,02	La Ribagorza	1,56	Campo de Daroca	1,15	Jiloca	1,01

Fuente: elaboración propia.

Al igual que en la ratio global, el contraste entre comarcas es muy significativo. El valor de la ratio femenina refleja las desigualdades interterritoriales en la disponibilidad

de cuidadores, y, por tanto, el acceso desigual al cuidado informal por parte de las personas en situación de dependencia o necesidad de cuidados.

En la franja superior de la tabla se ubican, además de Zaragoza, las comarcas con mayor grado de población urbana y población más joven (Hoya de Huesca, la Ribera Alta de Ebro, Bajo Cinca y Cinca-medio). Las que ocupan la peor posición, en los lugares más bajos de la tabla, son las comarcas más deprimidas, más despobladas y más envejecidas, comarcas que por lo general tienen un claro déficit de mujeres en edades de cuidar. La masculinización de la población rural está presente en casi todas estas comarcas, resultado del carácter selectivo que han tenido y siguen teniendo las migraciones en esta zona (estas migraciones afectan más a las mujeres que a los hombres), que han salido de las zonas rurales por diferentes factores<sup>52</sup>.

#### **5.6. Tipología de comarcas en relación con el potencial de cuidado.**

En la *Tabla 12* se presentan ordenadas las 33 comarcas aragonesas según el valor de la Ratio Global de Cuidadores Informales para el año 2015, que indica el potencial de cuidados en cada territorio. El valor de la ratio oscila entre 4.62 para D.C. Zaragoza y el 2.22 para la comarca del Jiloca, lo cual refleja las profundas desigualdades en la CCAA, que están claramente relacionadas con los desequilibrios demográficos y territoriales existentes y consolidados a lo largo del tiempo.

Además, en dicha tabla se recogen otros indicadores que se han encontrado significativos, con el objetivo de observar si existen o no patrones comunes entre los distintos tipos de comarcas: Ratio Femenina de Cuidadoras Informales, Índice de Sobreenvjecimiento, Índice de variación población, Índice de variación población de 80 y más, Índice de variación población de 50-74 e Índice de variación población femenina 50-74. También se incluye la *Tabla 13*, con los valores numéricos de estos indicadores.

---

<sup>52</sup> Algunos de estos factores están relacionados con el menor reconocimiento social de las mujeres rurales frente a los hombres -han estado supeditadas a la aprobación familiar, con menor capacidad de decisión, abocadas al trabajo doméstico y reproductivo, etc.-. Aunque los factores de desigualdad de género son similares en el ámbito rural y urbano, las oportunidades de transformación, ruptura y cambio son menores en el medio rural. También se señalan factores relacionados con las oportunidades laborales, más limitadas en entornos rurales (Camarero y Sampedro, 2008 y Sampedro y Camarero, 2016).

Se establecen 5 tipologías de comarcas según el potencial de cuidados o R.G.C.I.<sup>53</sup>.

TIPO 1: Muy alto → R.G.C.I. >4.

TIPO 2: Alto → R.G.C.I. entre 3,5 – 4.

TIPO 3: Medio → R.G.C.I. entre 3 - 3,5.

TIPO 4: Bajo → R.G.C.I. entre 2,5 – 3.

TIPO 5: Muy bajo → R.G.C.I. <2,5.

### **LEYENDA: Tabla 12.**

(1) **Ratio Global Cuidadores Informales =**

*Nº de personas entre 50 y 74 / Nº de personas de 80 y más años*

● = (<2,5) ● = (2,5-3) ● = (3-3,5) ● = (3,5-4)  
● = (>4)

(2) **Ratio Femenina de Cuidadoras Informales =** *Nº de mujeres entre 50 y 74 años / Nº de personas de 80 y más años*

● = (<1,2) ● = (1,2-1,4) ● = (1,4-1,6) ● = (1,6-1,8) ● = (>1,8)

(3) **Índice de Sobreenvejecimiento =** *(Población de 80 y más / Población total)\*100*

● = (<8) ● = (8 - 9) ● = (9 - 10) ● = (10 - 11)  
● = (>11)

(4) **Índice de variación población =**

*(Población total en 2015/ Población total en 1991)\*100*

● = (<85) ● = (85 -100) ● = (100 - 110)  
● = (110 - 120) ● = (>120)

(5) **Índice de variación población de 80 y más =**

*(Población de 80 y más en 2015/ Población de 80 y más en 1991)\*100*

● = (<160) ● = (160 - 180) ● = (180 - 200)  
● = (200 - 230) ● = (>230)

(6) **Índice de variación población de 50-74 =**

*(Población de 50-74 en 2015/ Población de 50-74 en 1991)\*100*

● = (<75) ● = (75 -90) ● = (90 - 100)  
● = (100 - 110) ● = (110 -120) ● = (>120)

(7) **Índice de variación población femenina 50-74 =** *(Población femenina de 50-74 en 2015/ Población femenina de 50-74 en 1991)\*100*

● = (<75) ● = (75 -90) ● = (90 - 100)  
● = (100 - 110) ● = (110 -120) ● = (>120)

<sup>53</sup> Puede consultarse la “Tabla 7. Ratios e indicadores por comarcas, total Aragón y total España”.

Tabla 12. Tipologías de comarcas aragonesas ordenadas por rangos de la R.G.C.I.

TIPOLOGÍA	TERRITORIO	Ratio Global (2015) <sup>(1)</sup>	Ratio Femenina (2015) <sup>(2)</sup>	Índice de Sobre-envejecimiento <sup>(3)</sup>	Índice de variación población <sup>(4)</sup>	Índice de variación pob. 80 y más <sup>(5)</sup>	Índice de variación pob. 50-74 <sup>(6)</sup>	Índice de var. pob. femenina 50-74 <sup>(7)</sup>
MUY ALTO	D.C. Zaragoza	●	●	●	●	●	●	●
	<b>Aragón</b>	●	●	●	●	●	●	●
ALTO	R. Alta del Ebro	●	●	●	●	●	●	●
	Hoya de Huesca	●	●	●	●	●	●	●
	Valdejalón	●	●	●	●	●	●	●
	Bajo Cinca	●	●	●	●	●	●	●
	La Jacetania	●	●	●	●	●	●	●
	Cinca Medio	●	●	●	●	●	●	●
	Cinco Villas	●	●	●	●	●	●	●
	Sobrarbe	●	●	●	●	●	●	●
MEDIO	Alto Gállego	●	●	●	●	●	●	●
	Bajo Aragón	●	●	●	●	●	●	●
	Bajo Aragón-Caspe	●	●	●	●	●	●	●
	Aranda	●	●	●	●	●	●	●
	Tarazona-Moncayo	●	●	●	●	●	●	●
	Andorra-S. de Arcos	●	●	●	●	●	●	●
	Campo Borja	●	●	●	●	●	●	●
	Cuencas Mineras	●	●	●	●	●	●	●
	Comunidad Teruel	●	●	●	●	●	●	●
	Somontano Barbastro	●	●	●	●	●	●	●
	R. Baja del Ebro	●	●	●	●	●	●	●
	Campo Cariñena	●	●	●	●	●	●	●
	La Ribagorza	●	●	●	●	●	●	●
BAJO	Maestrazgo	●	●	●	●	●	●	●
	La Litera	●	●	●	●	●	●	●
	Los Monegros	●	●	●	●	●	●	●
	Gúdar-Javalambre	●	●	●	●	●	●	●
	Matarraña	●	●	●	●	●	●	●
	Comunidad Calatayud	●	●	●	●	●	●	●
	Bajo Martín	●	●	●	●	●	●	●
MUY BAJO	S. de Albarraçin	●	●	●	●	●	●	●
	Campo Belchite	●	●	●	●	●	●	●
	Campo Daroca	●	●	●	●	●	●	●
	Jiloca	●	●	●	●	●	●	●

Fuente: elaboración propia.

Tabla 13. Ratios e indicadores por comarcas, total Aragón y total España.

TERRITORIO	R.G.C.I. 2015	R.F.C.I. 2015	Índice de Sobreenveje- cimiento 2015	Índice de variación población 1991-2015 (1991=100)	Índice de variación pob. 80 y + 1991-2015 (1991=100)	Índice de variación pob. 50-74 años 1991-2015 (1991=100)	Índice de variación mujeres 50-74 años 1991-2015 (1991=100)
D.C. Zaragoza	4,62	2,43	6,34	119,61	283,48	138,13	135,44
<b>Aragón</b>	<b>3,87</b>	<b>1,96</b>	<b>7,61</b>	<b>112,00</b>	<b>229,09</b>	<b>116,51</b>	<b>113,87</b>
R. Alta del Ebro	3,83	1,84	7,32	127,14	254,09	113,60	106,10
Hoya de Huesca	3,76	1,91	7,85	117,90	252,16	128,91	126,65
Valdejalón	3,64	1,71	7,13	135,75	179,44	109,24	103,91
Bajo Cinca	3,62	1,78	7,54	108,96	192,33	100,70	99,40
La Jacetania	3,56	1,71	8,24	115,17	220,09	114,93	110,21
Cinca Medio	3,55	1,74	7,90	108,48	215,34	99,84	96,94
Cinco Villas	3,51	1,67	8,95	96,04	209,71	99,22	94,51
Sobrarbe	3,5	1,54	9,21	114,23	160,74	112,48	103,28
Alto Gállego	3,49	1,67	8,39	112,27	291,67	111,49	110,15
Bajo Aragón	3,38	1,66	8,21	113,46	184,84	106,73	102,56
Bajo Aragón-Caspe	3,38	1,65	8,39	110,88	169,51	96,29	93,06
Aranda	3,34	1,56	9,73	85,86	166,83	96,77	91,01
Tarazona Moncayo	3,32	1,62	9,01	100,54	193,52	93,49	89,75
Andorra-, de Arcos	3,32	1,56	9,19	85,90	218,36	103,11	96,62
Campo de Borja	3,27	1,56	9,27	100,03	196,17	92,59	87,83
Cuencas Mineras	3,16	1,44	9,89	77,04	176,35	80,99	74,07
C. de Teruel	3,13	1,58	9,15	112,77	254,86	110,66	107,98
Somontano Barbastro	3,13	1,56	9,52	105,01	209,86	103,49	100,31
R. Baja del Ebro	3,04	1,45	10,43	88,79	184,42	86,00	81,58
Campo de Cariñena	3,01	1,4	10,03	101,95	180,84	87,96	81,61
La Ribagorza	3,01	1,37	10,12	105,52	171,88	93,17	86,97
Maestrazgo	2,94	1,33	11,43	80,04	153,63	74,55	68,42
La Litera	2,93	1,44	10,15	95,88	188,84	88,32	85,72
Los Monegros	2,86	1,34	11,47	84,49	199,47	83,61	79,88
Gúdar-Javalambre	2,77	1,19	10,29	97,00	118,46	78,74	69,59
Matarraña	2,75	1,3	11,76	87,38	142,07	77,91	74,12
C. de Calatayud	2,63	1,29	11,34	92,65	179,64	78,61	76,20
Bajo Martín	2,56	1,25	12,58	78,95	164,30	69,44	67,77
S. de Albarracín	2,46	1,06	13,11	87,89	150,25	74,68	65,03
Campo de Belchite	2,43	1,08	14,45	79,78	146,17	71,27	64,82
Campo de Daroca	2,24	1,01	15,01	80,67	156,54	68,70	62,90
Jiloca	2,22	1,01	13,44	83,48	168,18	65,69	60,40
<b>ESPAÑA</b>	<b>4,84</b>	<b>3,93</b>	<b>5,85</b>	<b>119,94</b>	<b>237,57</b>	<b>139,07</b>	<b>135,35</b>

Fuente: elaboración propia.

### **TIPO 1: Muy alto.**

Solamente la comarca D.C. Zaragoza, con un valor de 4,64 en la R.G.C.I. se ubica en esta tipología, sobresaliendo sobre el conjunto del territorio aragonés, aunque sin alcanzar la ratio española (4,84).

Los indicadores para esta comarca contrastan con los de las otras: tiene los niveles más altos en la R.F.C.I, y supera la media regional en el Índice de Variación de la población entre 1991 y 2015.; asimismo, la población cuidadora en el periodo señalado ha crecido con mayor intensidad y la población cuidadora femenina aumenta muy por encima de la media regional, e incluso superando ligeramente a la de España. No obstante, hay que subrayar que, en esta comarca, la más poblada de Aragón, la población de 80 y más años ha tenido un fuerte crecimiento: en el periodo estudiado casi se ha triplicado. A su vez, presenta el índice de sobreenvjecimiento más bajo. Estos datos guardan relación con la evolución demográfica de las últimas décadas en la capital del Ebro que ha sido lugar de destino de importantes flujos migratorios internos (desde los años 60) así como de migraciones externas en los últimos 20 años. Esta comarca está constituida fundamentalmente por la ciudad de Zaragoza, es decir una población urbana, que contrasta con la mayoría del territorio aragonés que tiene un carácter predominantemente rural.

### **TIPO 2: Alto.**

Compuesta por un total de 8 comarcas, 5 pertenecen a la provincia de Huesca, 2 son zaragozanas y ninguna es de Teruel. Junto con D. C. Zaragoza son las que mejor situadas están en la R.G.C.I. Se observa cierta heterogeneidad en los indicadores señalados. Las comarcas que más crecen en el periodo señalado, muy por encima de la media regional, son las comarcas más expansivas. Presentan los índices más bajos de sobreenvjecimiento del ranking. Al igual que en D.C. Zaragoza, se observan importantes crecimientos o niveles muy altos de la población de 80 y más años; se corresponde con las zonas más dinámicas del territorio aragonés y menos envejecidas o que han tenido, como en el caso del Sobrarbe, un importante rejuvenecimiento de la

población en gran medida debido al impacto de la inmigración extranjera de los últimos años<sup>54</sup>.

### **TIPO 3: Medio.**

Es la tipología más amplia, con 13 comarcas con una ratio entre 3 y 3'5. Ocupan una posición intermedia entre las tipologías señaladas. Presentan entre sí una situación muy heterogénea. Coexisten comarcas donde la población cuidadora, tanto global como femenina, aumenta, aunque lo hace a un ritmo muy inferior al de la población potencialmente cuidada (Alto Gállego, Bajo Aragón, Comunidad de Teruel y Somomanto de Barbastro). Por contraste, se encuentran comarcas regresivas (Cuencas Mineras, Aranda<sup>55</sup>, Andorra-Sierra de Arcos y la Rivera Baja del Ebro), con declive demográfico, con un retroceso importante de la población cuidadora, y una fuerte expansión de la población de 80 y más años.

### **TIPO 4: Bajo.**

Son 7 comarcas: 5 turolenses, a excepción de una zaragozana (Comunidad de Calatayud) y dos oscenses. Todas ellas son rurales, sin núcleo urbano importante, salvo la Comunidad de Calatayud. Son poblaciones fuertemente envejecidas y con graves desequilibrios demográficos en su composición interna. En este periodo la población es regresiva en todas las comarcas. El número de cuidadores informales, tanto global como de mujeres, se reduce drásticamente. La población del potencial de personas cuidadas, en todas ellas también aumenta.

---

<sup>54</sup> Según el informe CEDDAR (Pinilla y Sáez, 2009, p. 36), “entre 2000 y 2006 solo tres comarcas aragonesas han tenido un saldo migratorio negativo: la comarca del Aranda, la Ribera Baja del Ebro y el Campo de Belchite. En todas las demás se han registrado tasas migratorias positivas, y en muchos casos, con valores espectacularmente altos. Estas elevadas tasas migratorias positivas han sido capaces de compensar con creces, en casi todos los casos, los valores negativos de las tasas de crecimiento. Lo significativo no es solo el cambio de signo, sino la magnitud de las tasas migratorias ahora positivas”. Este saldo migratorio positivo está relacionado tanto con la llegada de personas inmigrantes, como con la bajada del número de personas que salen de estas comarcas. En concreto, las comarcas aragonesas, con déficit de mano de obra debida a la despoblación que sufrían, han actuado como foco de atracción para la búsqueda de empleo de personas inmigrantes, especialmente en la agricultura extensiva.

<sup>55</sup> Según Pinilla y Sáez (2009), la comarca del Aranda ha sufrido una fuerte pérdida de población, a un ritmo muy considerable, debido a la fuerte crisis de su sector zapatero.



### **TIPO 5: Muy bajo.**

La posición más baja en el ranking autonómico de la ratio global les corresponde a las 4 comarcas que forman este grupo. Son eminentemente rurales y están muy poco pobladas; dos se ubican en la provincia de Teruel y dos en la provincia de Zaragoza. Se destaca que el potencial de cuidado respecto a la media española se reduce a menos de la mitad. Por otra parte, las comarcas señaladas tienen un escasísimo potencial de cuidados femenino (1 mujer en edad de cuidar por 1 persona en edad de ser cuidada). Además, presentan los niveles más altos de sobreenvjecimiento, duplicando la media regional y casi triplicando la nacional; a destacar que todas presentan un fortísimo retroceso en sus efectivos demográficos y también son las comarcas en las que con mayor intensidad ha disminuido la población femenina en edad de cuidar. En todas ellas se observa un incremento considerable en la población de 80 y más años, que sigue avanzando con intensidad.

### **5.7. Reflexiones finales.**

El análisis previo que se ha presentado refleja algunas de las consecuencias del cambio demográfico en el territorio aragonés. Dado el fuerte envejecimiento de la población aragonesa, además de otra serie de cambios y transformaciones sociales no contemplados en este trabajo (cambios en la familia, en los hogares, en las formas de convivencia, en la disponibilidad de servicios sociales...), parece relevante reflexionar sobre el análisis que aquí se presenta, ya que plantea temas transcendentales con relación a la organización de los cuidados. Las principales conclusiones que pueden extraerse son:

*Primera.* Los datos globales enmascaran grandes desigualdades interterritoriales. El potencial de cuidado ha retrocedido y se sitúa bajo mínimos en buena parte del territorio, repartiéndose de forma muy desigual, tal como se deduce de las tipologías establecidas.

*Segunda.* Esta tendencia de escasez de posibles cuidadores se prevé que se mantenga en el futuro, aunque con diferentes ritmos e intensidades.

*Tercera.* La población mayor que vive en zonas rurales tiene menor disponibilidad de cuidadores familiares y también, por lo general, menor cobertura de servicios de cuidado formales.

*Cuarta.* La ratio de cuidados femeninos presenta valores mínimos, particularmente, en las zonas rurales más despobladas; en estas comarcas hay pocas cuidadoras y les corresponde asumir una excesiva carga de cuidados.

Teniendo en cuenta el panorama descrito, surgen una serie de interrogantes importantes: ante la ausencia de mujeres para cuidar, ¿qué está ocurriendo en cada uno de los territorios? ¿Qué estrategias están adoptando los individuos y las familias? ¿Se está diversificando realmente el perfil de los cuidadores? ¿Cómo está repercutiendo en el sector formal de los cuidados? Estamos ante tema poco trabajado en Aragón: hace falta seguir profundizando en estos datos, relacionarlos con otras variables como accesibilidad y dotación de servicios sociales, con forma de convivencia y estructura de hogares. Estos datos deberían tenerse en cuenta por las administraciones públicas de cara a favorecer el derecho a envejecer en su lugar de residencia.



---

## **CAPÍTULO 6: Evolución de la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. El caso de Aragón.**

---

## **6. LA SITUACIÓN DEL SAAD: EVOLUCIÓN Y MODELOS TERRITORIALES. EL CASO ARAGONÉS.**

---

Es sabido que el despliegue en España de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de Dependencia (LAPAD, en adelante), se ha caracterizado desde sus inicios por generar grandes desigualdades y disparidades entre CCAA. Este capítulo tiene como finalidad analizar el desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia<sup>56</sup> en Aragón, desde septiembre del 2008, a mayo del 2015, desde una perspectiva comparada con el resto de CCAA, con el fin de observar y tratar de explicar las desigualdades territoriales que han surgido en dicho proceso, así como los distintos modelos de atención que están cristalizando en España.

Durante el periodo de implantación del SAAD estudiado en este trabajo, la Comunidad Autónoma de Aragón ha pasado de ocupar posiciones de cabeza a situarse entre las cinco CCAA con los peores indicadores (incluyendo Ceuta y Melilla) evidenciándose un claro retroceso en un periodo corto de tiempo, en términos de cobertura real del sistema.

---

<sup>56</sup> En adelante, SAAD.

Si Aragón obtiene unos primeros resultados exitosos en la mayor parte de su territorio en lo que se ha llamado la primera etapa (2008-2010), los datos disponibles durante las siguientes etapas (2010-2012 y 2012-2015) evidencian un drástico empeoramiento e incluso un “colapso” del sistema. Algunos rasgos de la situación dibujan un panorama muy pesimista y confirman el creciente distanciamiento entre los objetivos de la ley y la realidad: la cartera de servicios sigue incompleta en mayo de 2015<sup>57</sup>, se cuenta con una escasa oferta de servicios y mal repartida en el territorio, predominan los cuidados en domicilio con un elevado riesgo de sobrecarga de las familias y un creciente envejecimiento de los cuidadores. En Aragón los desequilibrios territoriales son evidentes. Con una población fuertemente envejecida, tal y como ha quedado desarrollado en el capítulo anterior, la región aragonesa está organizada territorial y políticamente en 33 comarcas muy distintas entre sí en población, dotación de equipamientos, servicios y accesibilidad, entre otros. Concentración /dispersión son las dos caras de la gestión de la dependencia en la CCAA por el importante peso de Zaragoza ciudad, frente al resto de territorios.

En este capítulo, además de analizar el desarrollo del SAAD en España, se presta especial atención al análisis del modelo de cuidados predominante en cada territorio, partiendo de una triple tipología: servicios versus prestaciones económicas; atención residencial versus atención comunitaria y atención “formal” versus atención “informal”.

### **6.1. La LAPAD en España: origen, desarrollo y catálogo de prestaciones.**

Tal y como se ha ido desarrollando a lo largo de la presente investigación, la atención a la dependencia se convierte en una prioridad en España debido al incremento de la demanda de cuidados. La Ley de la Dependencia en España se promulgó tratando de dar respuesta a esa creciente necesidad de atención a personas en situación de dependencia. A continuación, se describen los antecedentes de la LAPAD, las fases en las que se ha ido desarrollando y cuáles son las prestaciones que constituyen su catálogo.

---

<sup>57</sup> Según puede apreciarse en la *Tabla 5.11 (Anexo X)*, las prestaciones “Prevención, Dependencia y Promoción Atención Personal” y “Prestación económica asistencia Personal”, no están incluidas, mientras que las prestaciones de “Servicio de Ayuda a Domicilio” y “Teleasistencia” apenas están empezando a incorporarse.

### **6.1.1. Contextualización: antecedentes de la LAPAD.**

La Unión Europea, ante el incremento de la demanda de cuidados en toda la eurozona, lanzó una alerta a los estados miembros para que pusieran en marcha planes para cubrir esta necesidad social, a través del Tratado de Lisboa 2000. Desde diferentes comisiones europeas se instó a que los países europeos adoptasen modelos de protección a la dependencia con una base asentada en la cobertura universal, prestaciones de tipo servicios y económicas, gestión descentralizada, así como una oferta y financiación mixta entre pública y privada (Rodríguez-Cabrero, 2012).

Sin embargo, el debate en España se inicia unos años antes, en la década de los 90, con el Plan Gerontológico Nacional 1991-2000. Pese a que en esos momentos el foco de las políticas sociales en España estaba puesto en la estabilidad de las pensiones, algunos actores clave, como la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, el Consejo Estatal de Personas Mayores y el Defensor del Pueblo, desde un plano científico, comenzaron a solicitar que se introdujese en la agenda política la protección social a las personas dependientes (Escudero, 2007). No será hasta el año 1999 cuando se incorpore en la agenda política española la necesidad de dar cobertura a las personas en situación de dependencia, planteándose cuatro alternativas en torno a este debate (Rodríguez-Cabrero, 2000):

1. Un seguro de protección social público y universal, dentro de la Seguridad Social.
2. Protección a personas dependientes a través de un conjunto de medidas legislativas.
3. Incluir un seguro público dentro del Pacto de Toledo sobre pensiones.
4. Imponer seguros privados para la atención a la dependencia.

En el año 2003 comienza la elaboración del Libro Blanco de la Dependencia, fruto del acuerdo entre el Gobierno y el sindicato Comisiones Obreras (CC.OO.), en el que se incluyen las evidencias científicas que, hasta esa fecha, se habían realizado sobre envejecimiento en España (y Europa); además, el Libro Blanco de la Dependencia incluye también propuestas para la atención a personas dependientes y los retos que deberán

afrontar las políticas sociales (IMSERSO, 2004b). El Libro Blanco de la Dependencia se publicó en diciembre del 2004, sirviendo de base para la publicación del Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Dependientes, en el año 2005 (Cobo, 2007).

Según Escudero (2007), las políticas sociales de protección a la dependencia existentes en esos momentos, antes de la aprobación de la LAPAD, podían clasificarse en:

1. Aquellas que primaban el mantenimiento en el domicilio de las personas mayores, centradas en el derecho a envejecer en el entorno. Este tipo de medidas, por sí solas, suponían que el cuidado debía continuar recayendo en las familias. Los argumentos a favor de estas, se basan en que de este modo se evita la ruptura con el medio habituales del dependiente, permite seguir manteniendo lazos sociales y evita el periodo de adaptación psicosocial que requieren las personas que ingresan en instituciones residenciales. Sin embargo, los detractores de este tipo de medidas señalan que el motivo por el que son la opción preferida de los gobiernos, es que son más baratas y fáciles de implementar a corto plazo. Además, señalan que no siempre es la mejor opción para la persona dependiente y, en ocasiones, tampoco para su entorno, pues no se tienen en cuenta las posibles repercusiones sobre los cuidadores informales. Estas medidas a menudo se acompañaban de otras que garantizaban la adaptación de la vivienda a las necesidades de la persona dependiente, eliminación de barreras arquitectónicas en el exterior y servicios de tipo ayuda a domicilio.
2. En el contexto europeo se estaban llevando a cabo políticas de inserción de los ancianos en núcleos familiares de acogida. Concretamente, se desarrolló en Francia y, con variantes, en algunas regiones españolas (Guipúzcoa, Galicia y Cataluña). Sin embargo, este tipo de propuestas no se han desarrollado suficientemente.
3. Por último, se hace referencia a políticas que sitúan a la familia como la base del cuidado. Estas políticas orientadas a personas dependientes y sus cuidadores, se



han dividido en beneficios fiscales, ayudas de descanso, ayudas formativas y de apoyo psicosocial, así como en medidas de conciliación familiar.

Estas políticas no permitían todavía una atención suficiente para las personas en situación de dependencia, ni atendían a las demandas de los cuidadores informales o familiares, poniendo de manifiesto la necesidad de articular una política social en torno a esta cuestión de manera urgente.

Así pues, la aprobación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de Dependencia, cuya entrada en vigor comenzó el 1 de enero de 2007, supuso un hito en España en cuanto al cuidado de las personas dependientes y sus familias. Para Vilà (2013), los principios sobre los que se orienta la LAPAD, pueden listarse en los siguientes:

1. La atención a la dependencia es un derecho subjetivo.
2. Se rige por los principios de igualdad y universalidad.
3. La Administración General del Estado<sup>58</sup> debe garantizar unos mínimos de protección.
4. La LAPAD debe lograr que las personas se mantengan independientes el mayor tiempo posible.
5. Atender a las personas en situación de dependencia.
6. Prioridad de los servicios frente a las prestaciones económicas.
7. El SAAD se convierte en el cuarto pilar de los Servicios Sociales.
8. Gestión privada y pública.
9. Cooperación interadministrativa (Consejo Territorial del SAAD).
10. Financiación mixta (pública y copago entre usuarios).

Esta ley iba a suponer una ruptura con el anterior modelo de cuidados predominante en España, un modelo familista (o mediterráneo), en el que la responsabilidad del cuidado recaía fundamentalmente en las mujeres, con escasa cobertura pública. La LAPAD en su preámbulo, exponía la necesidad de garantizar los cuidados más allá de la familia y las mujeres:

---

<sup>58</sup> AGE en adelante.

“Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan” (LAPAD, 2006, p. 6).

Sus inicios eran prometedores, “estaba llamada a impulsar una profunda transformación en el modelo de servicios tradicional, basado en el asistencialismo y la discrecionalidad, haciéndolo pivotar hacia un modelo de derechos [...], confirmando los servicios sociales como el cuarto pilar del Estado de bienestar” (Jiménez-Lara, 2017: 26).

En cuanto al modelo de financiación de la LAPAD, se adoptó un modelo “socialdemócrata”, en el que se tuvo que conjugar la compleja realidad administrativa española, quedando establecidos los siguientes niveles de financiación (Barbieri y Gallego, 2015)<sup>59</sup>:

1. Nivel mínimo: la Administración General del Estado asume un nivel mínimo de financiación, en función del grado de dependencia del usuario.
2. Nivel acordado: la AGE y las CCAA establecen compromisos de cooperación y de aportaciones equivalentes.
3. Nivel adicional: por el cual, las CCAA pueden aportar financiación para mejorar el SAAD.

Para facilitar el desarrollo de la LAPAD y escalonar la entrada al SAAD de las personas dependientes, se estableció un calendario de implantación, dividido entre Grados y Niveles de Dependencia. Los grados van del Grado III – Gran Dependencia

---

<sup>59</sup> Además, se puede considerar un cuarto nivel de financiación, por el cual, los propios usuarios aportan recursos económicos a través del copago de algunas prestaciones. La LAPAD propone un principio de igualdad en territorio nacional, sin embargo, el copago que requieren algunas prestaciones ha aumentado con la crisis y produce desigualdades territoriales, ya que cada CCAA estipula el porcentaje que los usuarios deben asumir del total del coste de la prestación (del Pozo-Rubio, Pardo-García y Escribano-Sotos, 2017).

(Nivel 1 y 2), Grado II – Dependencia Severa (Nivel 1 y 2) y Grado I – Dependencia Moderada (Nivel 1 y 2):

- 2007 - Comienza la atención a los grandes dependientes (Grado III, Nivel 2 y 1).
- 2008 - Atención a los dependientes severos (Grado II, Nivel 2).
- 2009 - Atención a los dependientes severos (Grado II, Nivel 1).
- 2011- Atención a los dependientes moderados (Grado I, Nivel 2).
- 2013 - Atención a los dependientes moderados (Grado I, Nivel 1).
- 2015 - Finaliza el período de implantación del Sistema.

Dichos grados y niveles se establecen a través de un Baremo<sup>60</sup> que valora y mide las actividades básicas de la vida diaria que es capaz de realizar una persona en situación de dependencia, con o sin apoyo, dentro y fuera del hogar<sup>61</sup>. El proceso de valoración se inicia a petición de la persona beneficiaria (o, en su caso, su representante legal), pasando a ser “solicitante”. Una vez que la persona ha sido valorada a través del Baremo, se produce el “dictamen”, en el que quedará establecido si la persona es considerada dependiente o no, y en caso afirmativo, en qué grado. Junto con los servicios sociales, se establecerá un Plan Individualizado de Atención<sup>62</sup> en el que se acordarán, junto con el “beneficiario con derecho a prestación”, las prestaciones que va a recibir. En el momento en el que la persona en situación de dependencia comienza a recibir la o las prestaciones acordadas, pasa a considerarse “beneficiario con prestación”.

Sin embargo, la crisis económica, los continuos recortes sufridos y las políticas que se fueron aprobando, cambiaron el panorama original de la LAPAD. Tal y como va a detallarse, se incumplieron los calendarios de incorporación de personas dependientes al sistema, se suprimieron los niveles de cada grado de dependencia y se dejaron a miles de personas en el conocido como “limbo de la dependencia”. Además, el tipo de prestaciones que se fueron concediendo en algunos territorios, se han alejado de los principios que inspiraron y quedaron recogidos en la LAPAD.

---

<sup>60</sup> Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

<sup>61</sup> Codorniu (2014), señala que el baremo deja fuera a personas que necesitan apoyos sanitarios continuados y de intensidad.

<sup>62</sup> En adelante, PIA.

### **6.1.2. El desarrollo de la LAPAD.**

El desarrollo de la LAPAD ha estado fuertemente marcado por las etapas políticas que se han sucedido en España y, de manera especial, por la crisis económica. La literatura científica y los datos arrojados por el Sisaad<sup>63</sup>, muestran una serie de periodos diferenciados, que han sido empleados para el estudio y análisis de este capítulo, los cuales, se van a definir a continuación.

#### *6.1.2.1. Primera etapa (2008 – 2010). Los inicios del SAAD.*

Aunque la LAPAD se aprobó en 2006, no es hasta mayo del 2008 cuando se disponen de los datos de implantación del SAAD. Dichos datos vienen recogidos en las estadísticas del Sisaad, los cuales se irán analizando en los siguientes epígrafes de este capítulo.

Esta primera etapa del SAAD estuvo marcada por la complejidad de poner en marcha todo el sistema de prestaciones, las dificultades para coordinar a todos los niveles de administración pública, así como gestionar los órganos de atención y valoración a personas en situación de dependencia. Algunos autores hablan de desconcierto e indefinición en sus orígenes (Oliva, 2014; Jiménez-Lara, 2017), pues muchos aspectos de la LAPAD quedaron a la espera de desarrollo posterior, haciendo que se retrase la puesta en marcha del SAAD.

Desde el origen, las CCAA optaron por seguir diferentes vías a la hora de implantar el SAAD, en gran parte, condicionadas por los servicios sociales preexistentes en cada territorio (Barbieri y Gallego, 2015). La crisis económica del 2008, agravó estas diferencias, dando lugar a las desigualdades entre CCAA que se irán analizando.

#### *6.1.2.2. Segunda etapa (2010 - 2012).*

---

<sup>63</sup> Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Esta fase inicial comenzó a superarse en el año 2010, momento en el que el SAAD comenzó una fuerte expansión y su consolidación, hasta el retroceso que vino marcado por la aprobación del RDL 20/2012. En esta etapa se dispara el gasto, generando abultados déficits públicos (Ruiz-Huerta et al, 2012). En este periodo, empiezan a surgir las primeras restricciones al SAAD, con la finalidad de contener el gasto público que se estaba generando.

*6.1.2.3. Tercera etapa (2012 – 2015). Crisis y recortes: los efectos del Real Decreto Ley 20/2012 en la LAPAD.*

La siguiente fase de desarrollo de la LAPAD comienza con la aprobación del Real Decreto Ley 20/2012, de 12 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Este RDL 20/2012 va a marcar un claro antes y después en el SAAD, concentrando un buen número de medidas encaminadas a la contención del gasto, de tal alcance y profundidad que algunos autores van a considerar que se ha llegado a producir una “refundación” de la LAPAD (Codorniu, 2015).

Sin embargo, previas a este RDL, se aprueban los Presupuestos Generales del Estado – 2012, la reforma de las pensiones de la Seguridad Social<sup>64</sup> y el RDL 20/2011, por el que se retrasa la entrada a los dependientes moderados hasta el 2013. Son la antesala a los duros cambios y recortes a los que será sometida la LAPAD, mermando derechos a los beneficiarios, reduciendo la oferta de servicios y rebajando el gasto público.

Algunos de los principales efectos que causó el RDL, fueron:

1. Retraso de la incorporación de personas valoradas con Grado 1, durante 3 años (hasta julio de 2015), impidiendo que puedan reclamar indemnizaciones por ello. Esto aumentó lo que se conoce como limbo de la dependencia o, dicho de otro

---

<sup>64</sup> Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social.

modo, elevó el número de personas que, habiendo sido reconocidas como dependientes, estaban a la espera de recibir prestación (teniendo o no el PIA elaborado).

2. Personas con la Prestación Económica por Cuidados en el Entorno Familiar<sup>65</sup> concedida, podían estar hasta 2 años con dicha prestación suspendida. Además, se iniciaron una serie de medidas que produjeron un retroceso en esta prestación, entre las que destacan la supresión de la cuota de bonificación de la Seguridad Social para los cuidadores familiares, así como la penalización a las CCAA que sobrepasasen los límites de concesión de esta prestación. Esta prestación se ha ido remplazando por otras de bajo coste, como la ayuda a domicilio y la prevención a la dependencia.
3. Supresión de los niveles, pasando a reconocerse solo el grado de dependencia.
4. Disminución de la intensidad del servicio de atención domiciliaria, entre 9 y 20 horas al mes por usuario, en función del grado de dependencia.
5. Reducción de la cuantía máxima de las prestaciones económicas.
6. Se reduce el Nivel Mínimo de protección que correspondía a la AGE, haciendo que el gasto recaiga ahora sobre las CCAA.
7. Aumentan las contribuciones (copagos) que los beneficiarios deben aportar, aunque no existen estadísticas que recojan la recaudación realizada por esta vía.

Los colectivos que se vieron más afectados por esta “refundación” de la LAPAD fueron las personas valoradas con Grado I, así como las personas con rentas medias-bajas (debido a la baja intensidad de las prestaciones y al sistema de copagos), lo que produjo una pérdida del bienestar en la sociedad española (Codorniu, 2014). Estas normativas y medidas adoptadas muestran que no ha sido la crisis económica por sí misma la que generó este retroceso, si no que las políticas que se fueron aprobando durante este periodo repercutieron negativamente, impidiendo el desarrollo del derecho subjetivo de las personas en situación a la dependencia de ser atendidas por el sistema público (Jiménez-Lara y Castedo, 2012).

---

<sup>65</sup> En adelante, PECEF.

El estudio finaliza en mayo de 2015, dos meses antes de que comenzasen a entrar en el sistema los Dependientes Moderados<sup>66</sup>, coincidiendo con el mes en el que tuvieron lugar la mayoría de elecciones municipales y autonómicas en España, lo que conformó nuevos gobiernos que reorientaron estas políticas.

### **6.1.3. El catálogo de prestaciones del SAAD y beneficiarios.**

El catálogo del SAAD está formado por las prestaciones básicas que se recogen en la LAPAD, que se presentan a continuación. Dichas prestaciones se integran en la Red de Servicios Sociales de cada CCAA. La intensidad de la prestación variará en función del grado de dependencia que tenga reconocido el beneficiario.

- **PREVENCIÓN DEPENDENCIA Y PROMOCIÓN AUTONOMÍA PERSONAL.** Es una de las prestaciones que más tarda en concederse del catálogo, pues fundamentalmente va dirigida a Dependientes Moderados, que son los últimos en entrar al sistema.
- **TELEASISTENCIA.** Conviene señalar que las personas beneficiarias pueden disfrutar de una única prestación al mismo tiempo, a excepción del servicio de “Teleasistencia”, que podrá concederse como un servicio independiente o de manera complementaria al servicio de “ayuda a domicilio”<sup>67</sup>.
- **SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD).** La cobertura de esta prestación variará en función del grado de dependencia del beneficiario.
- **CENTROS DE DÍA Y NOCHE.**
- **ATENCIÓN RESIDENCIAL:** especialmente dirigida a Grandes Dependientes.
- **PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO.**
- **PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR (o PECEF).**

---

<sup>66</sup> A partir de la modificación del RDL 20/2012, pues anteriormente a eso, la LAPAD establecía en que en el año 2015 ya deberían haberse incorporado al sistema todas las personas en situación de dependencia.

<sup>67</sup> Este dato es importante, pues en el análisis de prestaciones que se expondrá durante este capítulo, se podrá observar que algunas CCAA superan el 100% de prestaciones en algunas de las tipologías de prestaciones, debido a que la naturaleza del servicio de “teleasistencia” permite que se conceda de manera simultánea con el SAD.

- **PRESTACIÓN ECONÓMICA POR ASISTENTE PERSONAL.** Escasamente desarrollada en casi todas las CCAA.

La prestación PECEF, tal y como se desarrollará en este capítulo, ha sido una de las más concedidas de todo el catálogo, en gran parte porque resultaba barata a las administraciones y porque en épocas de crisis económicas, muchas familias optaban por solicitarla (del Rincón y Sanz, 2010; González-Martín y Güerri-Martín, 2014; Codorniu, 2015). Es una prestación cortoplacista, alejada del ánimo de la LAPAD, que en su art. 17.1 establecía<sup>68</sup>:

“La prestación económica, que tendrá carácter periódico, se reconocerá, en los términos que se establezca, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente comunidad autónoma” (LAPAD, 2006, art. 17.1).

Desde el inicio del SAAD existen problemas estructurales que han dificultado su implantación. En concreto, algunos autores hablan de la falta de coordinación entre administraciones, especialmente en lo referente al modelo de financiación (Gómez-Gil, 2013; Garcés, 2008; Ramos, 2009). También se ha señalado un sobredimensionamiento de la prestación PECEF, una falta de planificación a la hora de conceder prestaciones y sobre cómo financiarlas, así como una grave carencia de transparencia en cuanto a la publicación y análisis de los datos relativos al funcionamiento y evolución del SAAD (Gómez-Gil, 2012).

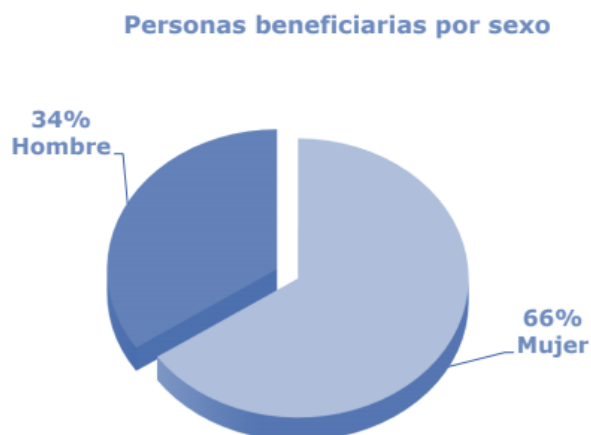
En cuanto al perfil mayoritario de las personas beneficiarias de algún tipo de prestaciones del catálogo del SAAD, se pueden concluir que, en mayo del 2015, se correspondía con una mujer (66%), mayor de 80 años (casi tres cuartas partes del total), tal y como puede observarse en el *Gráfico 7* y *Gráfico 8*.

---

<sup>68</sup> Autores como Casado (2015), defienden que debe suprimirse la prioridad de los servicios frente a las prestaciones económicas, en concreto, defiende revitalizar la PECEF si va acompañada de medidas de apoyo a los cuidadores familiares.

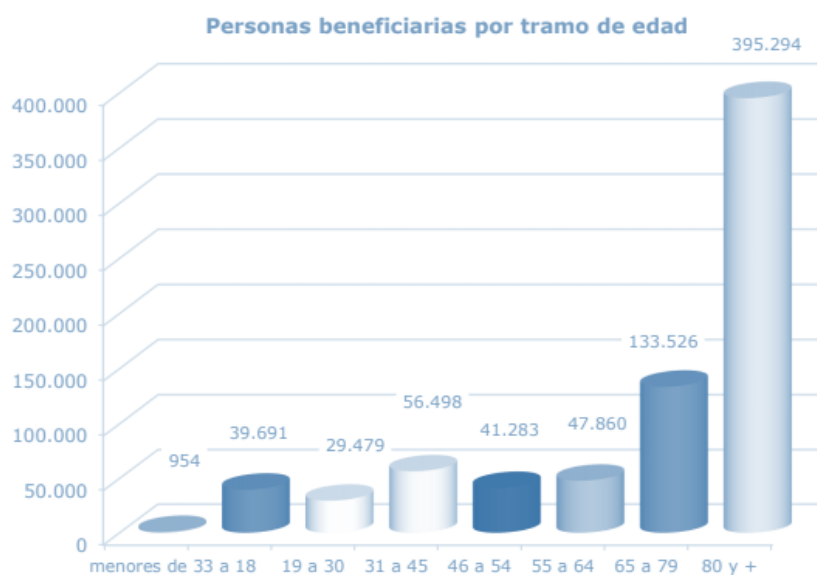


Gráfico 7. Personas beneficiarias del SAAD por sexo. Mayo de 2015.



Fuente: Sisaad, mayo del 2015.

Gráfico 8. Personas beneficiarias del SAAD por tramo de edad. Mayo del 2015.



Fuente: Sisaad, mayo del 2015.

## 6.2. Nota metodológica.

Para realizar este estudio se ha tomado como referencia los datos oficiales proporcionados por el SAAD, analizando mes a mes en el periodo comprendido entre

septiembre del 2008 y mayo del 2015. Por un lado, la fecha escogida como el inicio de este trabajo viene dada por el comienzo de la implantación del SAAD en España.

Por su parte, se ha seleccionado como fecha final de la recogida de datos el mes de mayo 2015, puesto que coincide con la celebración de las elecciones autonómicas para la mayoría de las CCAA y, por lo tanto, marcan el fin de un ciclo en el desarrollo del SAAD.

Las tres etapas de análisis recogidas en este capítulo vienen determinadas por los diferentes momentos políticos-económicos que, tal y como se ha ido detallando en anteriores epígrafes, desde el origen de la LAPAD, han marcado su implantación:

*Primera etapa:* comprendida entre septiembre del 2008 a mayo de 2010. Este periodo de arranque del sistema se caracteriza por las grandes inversiones de dinero público que AGE y CCAA deben realizar para activar el SAAD.

*Segunda etapa:* se desarrolla entre enero del 2010 a junio del 2012. La situación de crisis económica del país genera un cambio en el discurso político, dando lugar a la primera oleada de restricciones en el gasto público y, por lo tanto, en el SAAD.

*Tercera etapa:* comienza en julio del 2012 y finaliza en mayo del 2015. La aprobación del RDL 20/2012 marca el comienzo de una nueva etapa de recortes en el SAAD. Finaliza en mayo del 2015, con el previsible cambio político que suponen las elecciones en una mayoría de CCAA.

El siguiente análisis se centra en tres objetivos concretos, cuyo desarrollo puede encontrarse en el *Capítulo 2*, sobre metodología:

1. Analizar la evolución del SAAD en Aragón en relación con el grado de desarrollo de España, determinando los ciclos o etapas que se han producido, así como comparar dicha evolución con la del resto de CCAA.
2. Determinar cuál es la tipología de prestaciones más concedidas en Aragón, en comparación con el resto de CCAA y la media española.
3. Establecer los modelos de atención que se han ido desarrollando en las CCAA.

### 6.3. Evolución del SAAD: el caso de Aragón.

Para conocer cómo ha sido la evolución del SAAD en todo el territorio, se ha elaborado la siguiente *Tabla 14*, en la que se han ordenado las CCAA atendiendo a la tasa de cobertura del SAAD, en los tres momentos clave que se han señalado en este estudio: hasta enero 2010, siendo la que podríamos llamar la primera etapa de implementación, hasta julio de 2012 y la aprobación del Real Decreto-ley 20/2012, y hasta mayo de 2015, fecha que coincide con las elecciones autonómicas en la mayoría de CCAA.

Tabla 14. Ranking de tasa de cobertura por CCAA en 2010, 2012 y 2015.

Ranking tasa de cobertura enero 2010		Ranking tasa de cobertura julio 2012		Ranking tasa de cobertura mayo 2015	
Cantabria	1,79	Cantabria	2,45	Castilla y León	2,47
Rioja (La)	1,76	Castilla y León	2,42	Cantabria	2,29
Andalucía	1,74	Rioja (La)	2,37	País Vasco	2,11
País Vasco	1,54	Andalucía	2,33	Extremadura	1,98
<b>Aragón</b>	<b>1,47</b>	Castilla-La Mancha	1,84	Rioja (La)	1,96
Castilla y León	1,4	País Vasco	1,81	Andalucía	1,93
Navarra (Comunidad Foral de)	1,31	Murcia ( Región de)	1,77	Murcia ( Región de)	1,82
Castilla-La Mancha	1,22	Catalunya	1,76	Catalunya	1,70
Extremadura	1,16	<b>Aragón</b>	<b>1,70</b>	Castilla-La Mancha	1,67
Galicia	1,06	Extremadura	1,70	<b>ESPAÑA</b>	<b>1,59</b>
<b>ESPAÑA</b>	<b>1,04</b>	<b>ESPAÑA</b>	<b>1,63</b>	Galicia	1,41
Asturias (Principado de)	0,99	Asturias (Principado de)	1,37	Asturias (Principado de)	1,40
Catalunya	0,94	Navarra (Comunidad Foral de)	1,35	Madrid (Comunidad de)	1,37
Murcia ( Región de)	0,93	Galicia	1,31	Navarra (Comunidad Foral de)	1,30
Ceuta y Melilla	0,90	Madrid (Comunidad de)	1,25	<b>Aragón</b>	<b>1,26</b>
Comunitat Valenciana	0,51	Ceuta y Melilla	1,20	Ceuta y Melilla	1,14
Balears (Illes)	0,50	Balears (Illes)	0,89	Canarias	1,06
Madrid (Comunidad de)	0,41	Comunitat Valenciana	0,86	Balears (Illes)	1,03
Canarias	0,29	Canarias	0,55	Comunitat Valenciana	0,83

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Sisaad.

### 6.3.1. Los inicios del SAAD en Aragón.

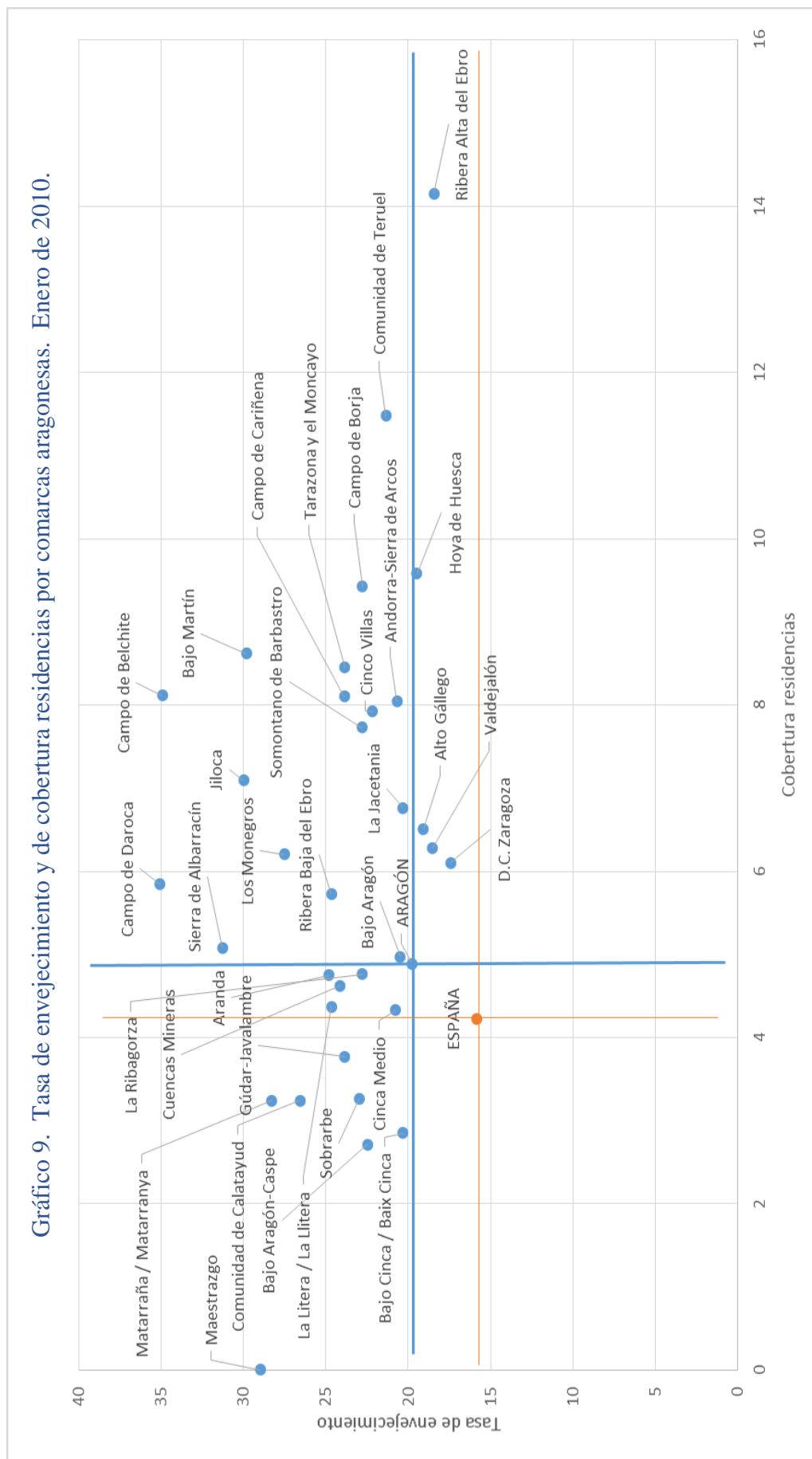
El despliegue de la ley de la Dependencia se caracterizó por grandes desigualdades y disparidades entre CCAA; los datos para Aragón, en ese contexto, dibujaron un arranque “exitoso”. Aragón obtuvo unos buenos resultados en lo que se ha llamado la primera fase del proceso de reconocimiento del derecho a la dependencia, que incluye recepción de solicitudes, valoración, dictamen de grado y nivel, concluyendo con el reconocimiento del derecho a prestación a los que han obtenido el grado y nivel dentro de los límites de aplicación de la ley en cada momento. Tanto en solicitudes tramitadas, valoraciones realizadas, como en prestaciones reconocidas, Aragón, en 2010, ocupaba posiciones altas en el ranking de las CCAA (tal y como puede verse en la *Tabla 14*). La tasa de cobertura de Aragón, en enero de 2010 se situaba en el 1’47, mientras que la española en el 1’04, es decir, muy por encima de la media estatal. Tan solo cuatro CCAA superaban a Aragón en tasa de cobertura, Cantabria (1.79), La Rioja (1.76), Andalucía (1.74) y País Vasco (1.54). Por el contrario, en aquel momento, las cinco CCAA con menor tasa de cobertura, ocupando los últimos puestos de este ranking, eran las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla (0.90), Comunidad Valenciana (0.51), Islas Baleares (0.50), Comunidad de Madrid (0.41) y Canarias (0.29).

El éxito se hacía extensivo a la casi totalidad del territorio aragonés, tal como reflejan los datos desagregados por comarcas que pueden observarse en el siguiente *Gráfico 9*, en el que se relaciona la tasa de envejecimiento con la tasa de cobertura en cuanto a residencias en ese mismo año<sup>69</sup>, dando lugar a un claro ejemplo de cómo en esos momentos, el sistema aragonés, se encontraba por encima de la media española. Estos datos permiten comprobar cuál era el punto de partida de los servicios en Aragón, pues en gran medida, el desarrollo del SAAD va a estar condicionado por los recursos preexistentes en un territorio. En concreto, en dicho *Gráfico 9*, se puede observar que, de las 33 comarcas aragonesas, tan solo 7 de ellas tienen una menor tasa de cobertura de residencias que la media española. Destaca que todas ellas tienen, en el año 2010, la tasa de envejecimiento por encima de la media española.

---

<sup>69</sup> Plazas residenciales por cada 100 habitantes mayores de 65 años.

Gráfico 9. Tasa de envejecimiento y de cobertura residencias por comarcas aragonesas. Enero de 2010.



Fuente: elaboración propia, estadísticas del SAAD y del IAEST.

En esos momentos, el gran déficit del sistema de la dependencia en Aragón, en el 2010, era el siguiente:

- Alta proporción de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar.
- Desigual cobertura de los servicios entre territorios.
- Despliegue incompleto de la cartera de servicios y la falta de servicios puestos a disposición del sistema.
- Baja disponibilidad de servicios propios del Gobierno de Aragón o concertados.
- Alta proporción de prestaciones económicas vinculadas al servicio.

Los que habían recibido el reconocimiento de su situación de dependencia únicamente podían disfrutar de los servicios residenciales, de centros de día y de las prestaciones económicas. No estaban “adscritos” al SAAD la ayuda a domicilio, la teleasistencia y los servicios de prevención y promoción de la autonomía personal. La debilidad principal del sistema en Aragón se manifiesta en este momento y, tal como veremos más adelante, en una cartera incompleta de servicios. Indica el no fácil encaje del SAAD con la red de servicios sociales municipales o comarcales, en parte derivado del “olvido” de la ley hacia las administraciones locales.

### ***6.3.2. El SAAD en Aragón hasta julio de 2012.***

En el periodo de enero de 2010 hasta el mes de julio de 2012, la situación en Aragón había empezado a retroceder, en términos relativos, en cuanto a tasa de cobertura. Aragón pasaba de situarse entre las cinco CCAA con mejor tasa de cobertura, a caer al noveno lugar. Sin embargo, en aquel momento, con una tasa de 1.70, todavía seguía situándose por encima de la media española, que en aquel momento era del 1.63.

La posición de cabeza en el ranking lo seguía manteniendo Cantabria (2.45), seguida de Castilla y León (2.42), La Rioja (2.37), Andalucía (2.33) y Castilla-La Mancha (1.84). Todas las CCAA en ese periodo aumentan su tasa de cobertura, aunque a diferentes velocidades. Son las mismas CCAA que en el anterior periodo las que ocupan los últimos puestos las que siguen en ellos en este periodo, en concreto, Comunidad de

Madrid (1.25), Ceuta y Melilla (1.20), Islas Baleares (0.89), Comunidad Valenciana (0.86) y Canarias (0.55).

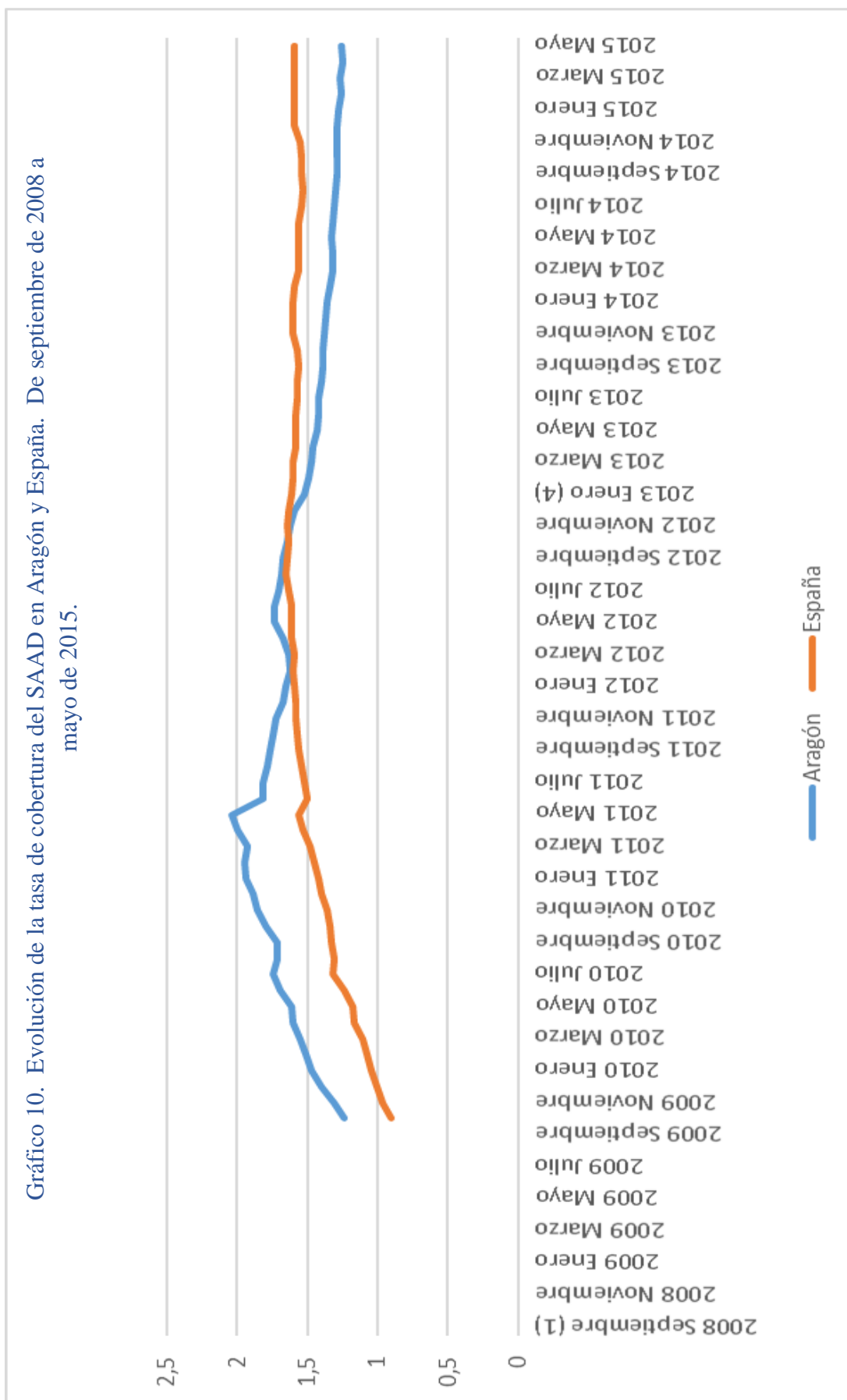
En la *Tabla 27* (ver el *Anexo XI*), puede apreciarse como, durante estos meses, siguen sin desarrollarse en Aragón las prestaciones de “Prevención, Dependencia y Promoción de Atención Personal”, la “Tele-asistencia”, la “Ayuda a Domicilio” y la “Prestación económica por asistencia personal” (de la que se concede una única prestación desde abril de 2012, hasta octubre de ese mismo año). En esos momentos, la “Prestación económica por cuidados en el entorno familiar” sigue siendo la más numerosa, junto con la “Prestación económica vinculada al servicio”, poniendo de manifiesto la preponderancia de las prestaciones económicas frente a las de servicios, entrando en clara contradicción con el preámbulo de la LAPAD.

### ***6.3.3. Situación del SAAD en Aragón, desde julio de 2012, hasta mayo de 2015: retroceso, fracaso y colapso.***

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el 13 de julio de 2012 se aprueba el Real Decreto-Ley 20/2012, “de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad”. En ese contexto de crisis se acuerdan una serie de medidas para “racionalizar” el sistema, que darán lugar al comienzo un acuciado declive del SAAD en Aragón.

El *Gráfico 10* muestra la evolución de la tasa de cobertura comparada entre Aragón y España. Se observa como al inicio del proceso, Aragón está siempre por encima de la media española; ambas tasas de cobertura no cesan en su crecimiento. Sin embargo, a partir de la aprobación del mencionado RDL, la tasa española sufre un estancamiento con una ligera tendencia al alza, mientras que la tasa aragonesa, comienza a decaer, hasta situarse por muy por debajo de la media española.

Gráfico 10. Evolución de la tasa de cobertura del SAAD en Aragón y España. De septiembre de 2008 a mayo de 2015.



Fuente: elaboración propia.



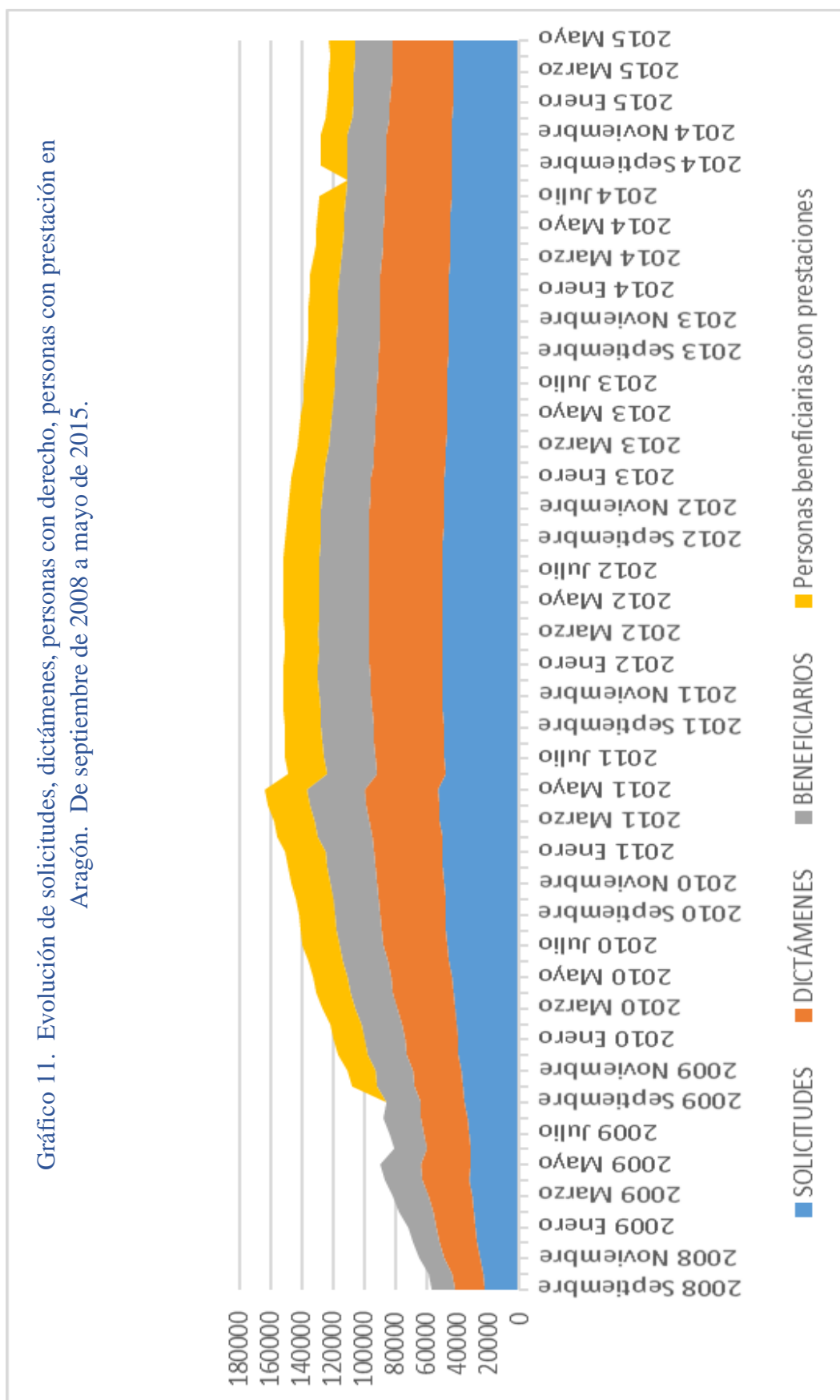
Siguiendo con la *Tabla 14*, se puede observar cómo Aragón ha caído hasta los cinco últimos puestos del ranking de CCAA. La tasa de cobertura española, en mayo de 2015, se situaba en 1.59 (menor que en el anterior periodo), mientras que la aragonesa había descendido respecto al periodo anterior, situándose en el 1.26, por debajo de la media en España. Junto con Aragón (la quinta CCAA con menor tasa de cobertura) se encontraban en los puestos más bajos de la tabla Ceuta y Melilla (1.14), Canarias (1.06), Islas Baleares (1.03) y Comunidad Valenciana (0.83). Por el contrario, las CCAA con mayor tasa de cobertura eran Castilla y León (2.47), Cantabria (2.29), País Vasco (2.11), Extremadura (1.98) y La Rioja (1.96).

Durante estos meses, aunque ligeramente, la mayoría de las CCAA habían incrementado su tasa de cobertura, manteniéndose estable a lo largo de todo el periodo analizado, lo cual indica el impacto que tiene el RDL en todas las CCAA, frenando y estancando el crecimiento del SAAD. Sin duda, el caso de Aragón, destaca por su gran retroceso en este tiempo.

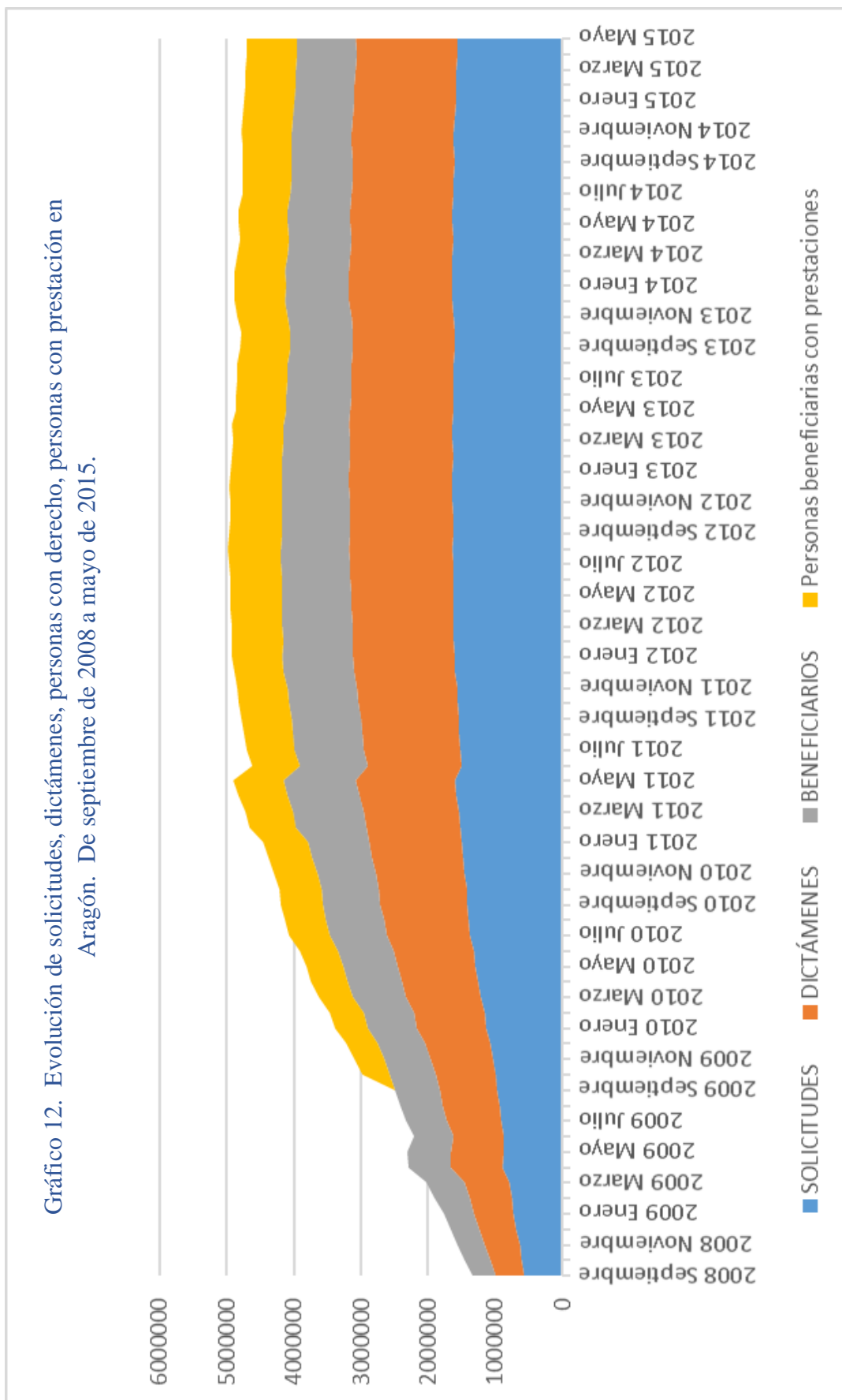
Es significativo observar los *Gráficos 11 y 12*, en los que se observa cómo ha ido evolucionando el SAAD en cuanto a número de solicitudes, dictámenes, personas con derecho a prestación y personas con prestación, en Aragón y España respectivamente. El número de personas con prestación Aragón ha descendido notablemente desde julio del 2012, proceso que se agrava a partir de mayo del 2013, en el que la caída es mucho mayor.

Sin embargo, en España, el descenso es menor y está precedido por un largo estancamiento. Es decir, los datos corroboran el retroceso sufrido por el SAAD en Aragón y el impacto que ha supuesto la aprobación del Real Decreto-Ley 20/2012, tanto para la autonomía aragonesa, como para todo el territorio español.

Gráfico 11. Evolución de solicitudes, dictámenes, personas con derecho, personas con prestación en Aragón. De septiembre de 2008 a mayo de 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Sisaad.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Sisaad.

En definitiva, al observar la situación actual del SAAD en la CCAA en relación con el conjunto se dibuja un panorama desolador. En Aragón se han aplicado drásticos recortes en los últimos años que han conllevado una parálisis o un “colapso” del sistema en la actualidad.

El impacto ha sido negativo en todos los indicadores:

- Aragón ha pasado, en términos de cobertura, en un breve proceso de tiempo, de ocupar posiciones de cabeza a posiciones de cola en el ranking de las Comunidades Autónomas.
- Por otra parte, se asiste a una drástica reducción en el número de beneficiarios, tanto en términos absolutos como relativos. Ha sido, de todas las CCAA, la que mayor retroceso ha sufrido en los últimos cuatro años del periodo estudiado.
- Un volumen importante y creciente de personas con derecho a prestación no son atendidos por el sistema. Esta situación es especialmente grave por el significado que conlleva.
- En cuanto al tipo de prestaciones, Aragón sigue sin desplegar la cartera de servicios; únicamente oferta el servicio de “Centro de días/noche”, la “Atención residencial” y la “Prestación económica vinculada al servicio”.
- La “Prestación económica de cuidados familiares”, pese a seguir siendo la más concedida, entra en un claro retroceso desde la aprobación del RDL, al igual que la “Prestación económica vinculada al servicio”, sin que esto suponga un incremento del resto de prestaciones.

#### **6.4. Evolución del tipo de prestaciones en Aragón y España.**

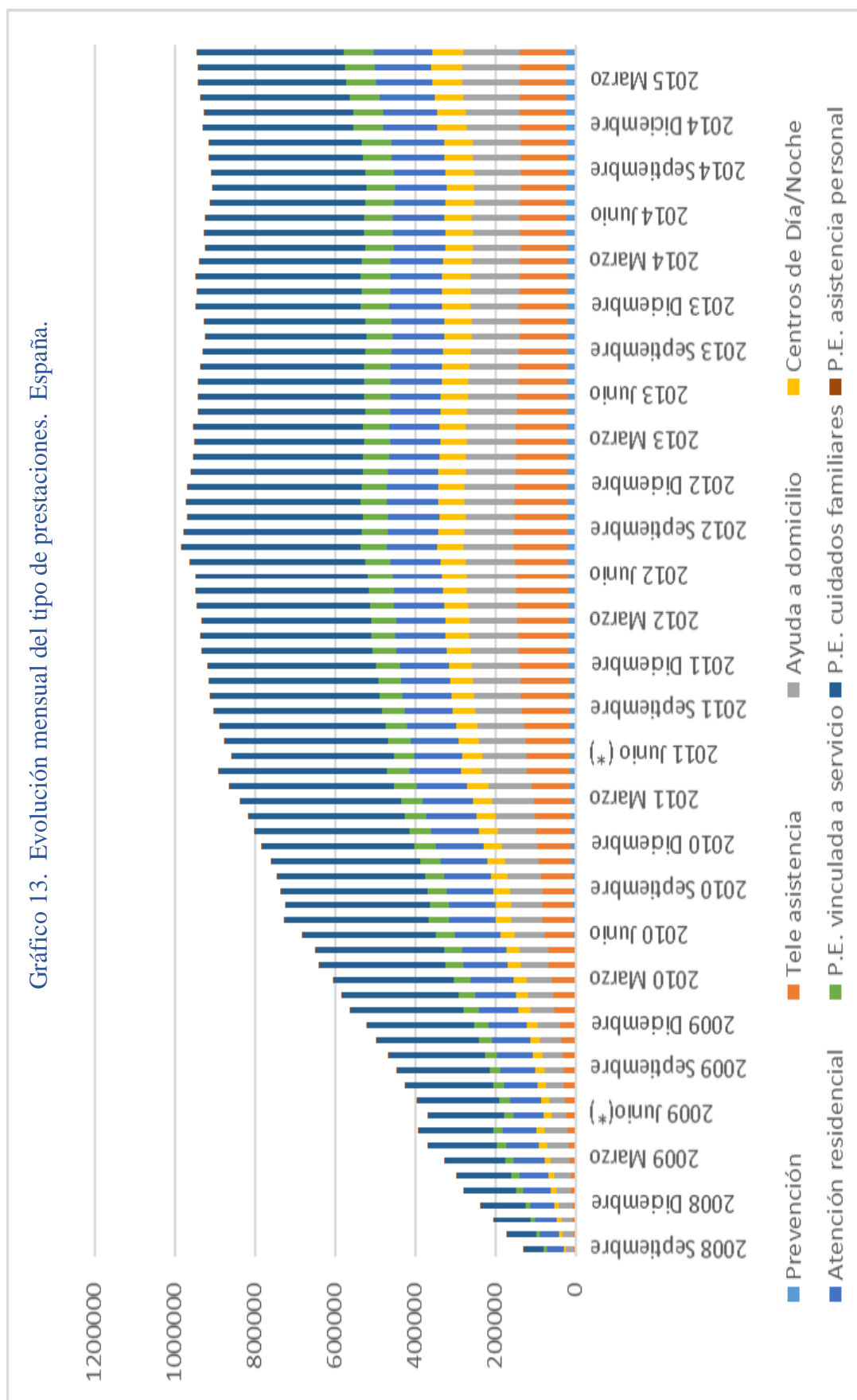
De todo el catálogo del SAAD, la “Prestación económica por Cuidados en el Entorno Familiar” ha predominado notablemente sobre el resto de prestaciones desde el comienzo de la implantación de la LAPAD. Como puede verse en el *Gráfico 13*, es la prestación mayoritaria según la media del territorio nacional, seguida de la “Atención residencial”, la de “Ayuda a domicilio” y la de “Tele-asistencia”. Podría decirse que todo el catálogo de prestaciones se ha ido desarrollando en España, aunque la “Prestación económica por asistente personal” y la de “Prevención, Dependencia y Promoción de

Atención Personal”, siguen estando infrarrepresentadas en el conjunto de las prestaciones (Tabla 26, en el Anexo XI).

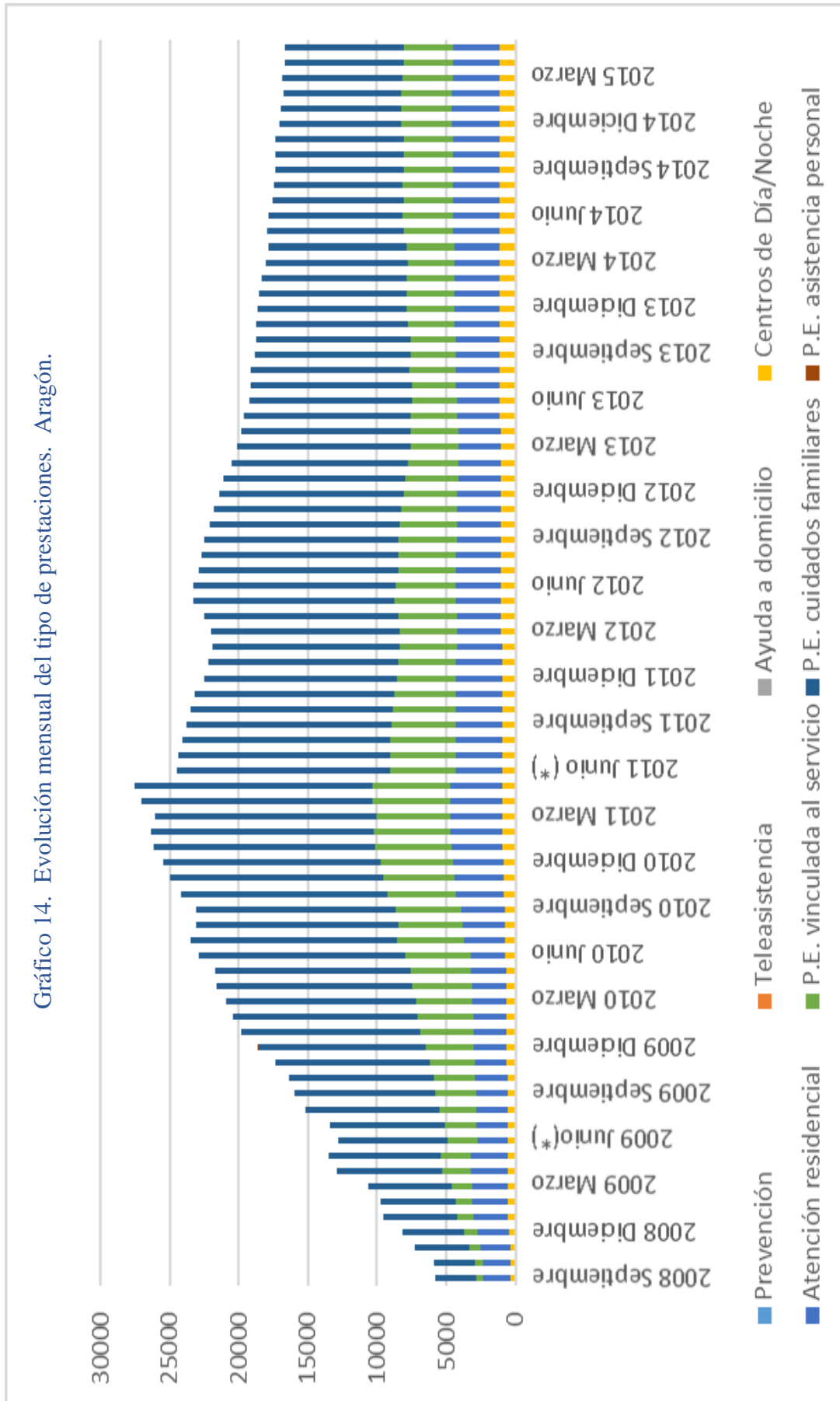
En cambio, en Aragón (Gráfico 14), se puede observar que no todo el catálogo de prestaciones se ha desarrollado. Las prestaciones “Prevención, Dependencia y promoción de atención personal” (ninguna prestación concedida), “Tele-asistencia” (una prestación concedida en mayo del 2015), “Ayuda a domicilio” (tres prestaciones concedidas en mayo del 2015) y “Prestación económica por asistencia personal” (una prestación concedida entre abril del 2012 y octubre del 2012), no están siendo desarrolladas. Por el contrario, las prestaciones “Prestación económica por cuidados en el entorno familiar” y la “Prestación económica vinculada al servicio” que, según el preámbulo de la LAPAD, deberían ser residuales frente a las de servicios y de prevención, están siendo las más concedidas en el Aragón. Es decir, de todo el catálogo de prestaciones, solo se están desplegando cuatro tipos de prestaciones, incluidas las de carácter residencial.

Además, ambos gráficos vienen a corroborar que, en todo el territorio, se ha producido un retroceso en el número de prestaciones concedidas, tal y como se ha comentado en el anterior epígrafe, especialmente si se tienen en cuenta los datos que arroja la comunidad aragonesa, en la que solo las prestaciones “Atención residencial” y “Prestación vinculada al servicio”, permanecen estables.

Gráfico 13. Evolución mensual del tipo de prestaciones. España.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Sisaad.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Sisaad.

### 6.4.1. Tipologías de prestaciones.

Para profundizar en el análisis de las desigualdades entre CCAA, se han elaborado tres tipologías de prestaciones que pueden ayudar a comprender mejor las formas concretas de organizar la atención a la dependencia en los distintos territorios, permitiendo comprender la estructura de presentaciones del SAAD:

*1ª tipología: Servicios versus prestaciones económicas:* Esta primera tipología confronta la atención basada en prestaciones económicas con otra consistente en prestación de servicios públicos directos.

SERVICIOS= Prevención Dependencia y Promoción Autonomía Personal; Tele-asistencia; Ayuda a Domicilio; Centros de Día/Noche; Atención Residencial.

PRESTACIONES ECONÓMICAS= Prestación Económica Vinculada Servicio; Prestación Económica Cuidados Familiares; Prestación Económica Asistente Personal.

*2ª tipología: Atención institucional versus atención comunitaria.* La segunda tipología hace referencia a la mayor o menor atención ofrecida en el entorno más inmediato del dependiente y de su familia, la atención comunitaria, frente a la atención en instituciones. “Envejecer en casa” ha sido el discurso dominante en los últimos 30 años en las políticas sociales de atención.

ATENCIÓN INSTITUCIONAL= Atención Residencial; Prestación Económica Vinculada Servicio.

ATENCIÓN COMUNITARIA= Prevención Dependencia y Promoción Autonomía Personal; Tele-asistencia; Ayuda a Domicilio; Centros de Día/Noche; Prestación Económica Asistente Personal.

*3ª tipología: Atención profesional o formal versus atención familiar.* Con esta tercera tipología hacemos referencia a la modalidad de atención a los dependientes prestada por los cuidadores profesionales frente al peso que tiene la facilitada por los cuidadores familiares. Los cuidados “no profesionales”, se identifican con la prestación económica que recibe el dependiente para ser atendido en casa. Esta ley pretendía impulsar la atención profesional al dependiente y liberar a tantas familias españolas, a tantas mujeres



de los trabajos de cuidado. Se trataba de cambiar el modelo de atención por la familia y las mujeres por un modelo basado en cuidados profesionales.

ATENCIÓN PROFESIONAL: Prevención Dependencia y Promoción Autonomía personal; Personal; Tele-asistencia; Ayuda a Domicilio; Centros de Día/Noche; Atención Residencial; Prestación Económica Vinculada Servicio; Prestación Económica Asistente Personal.

ATENCIÓN FAMILIAR: Prestación Económica Cuidados Familiares.

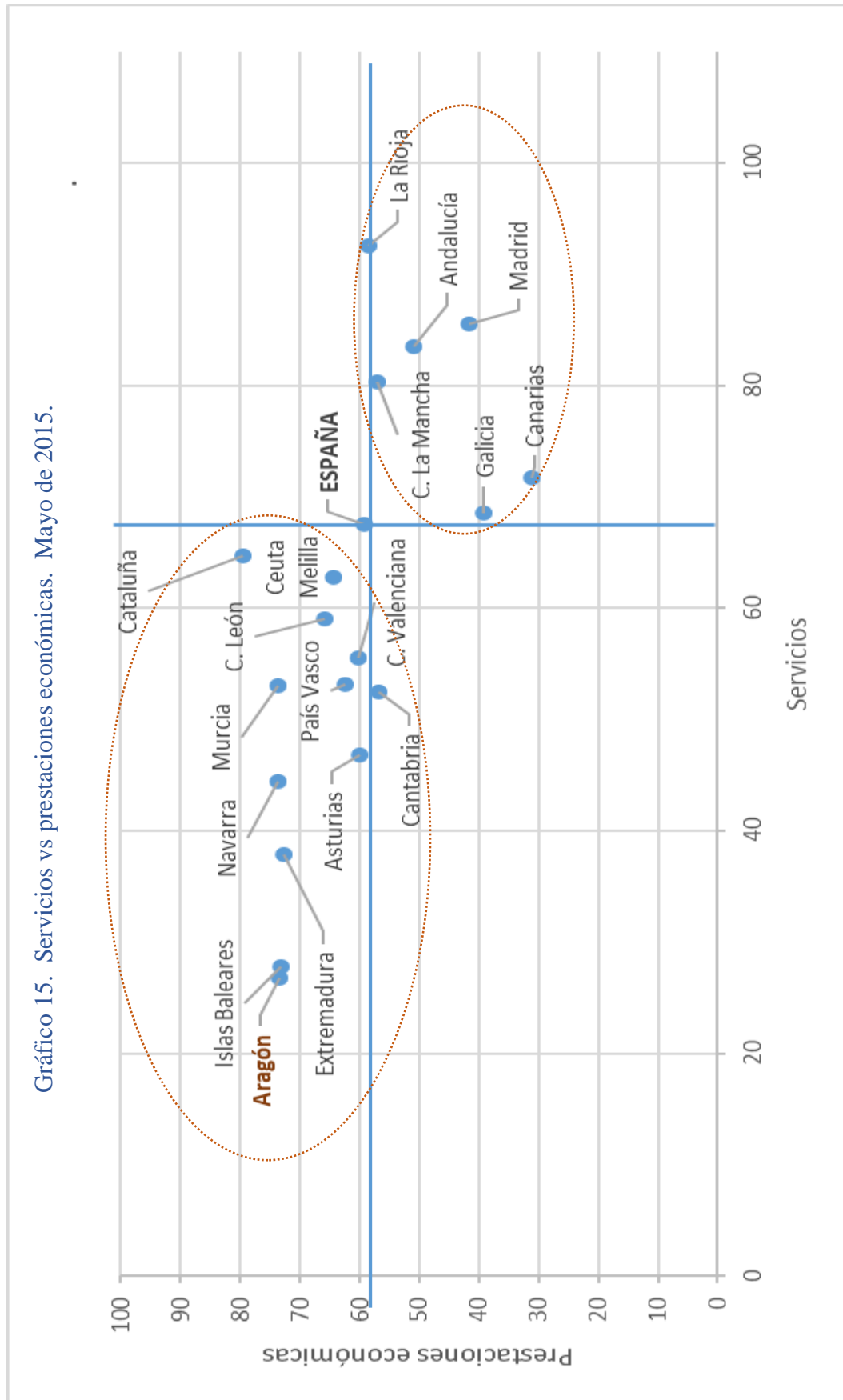
Partiendo de dicha tipología, se van a analizar los tipos de prestaciones que han ido cristalizando en Aragón, estudiando la situación que se presentaba en mayo de 2015, antes de las elecciones autonómicas que tuvieron lugar en la mayoría de las CCAA de España. Como es sabido, el tipo de prestaciones condicionará el tipo de cuidado que las personas dependientes van a recibir. Mientras que las prestaciones de carácter económico y familiar van a abocar a un cuidado no profesional, generalmente ofrecido por mujeres del entorno de la persona dependiente, las prestaciones de tipo servicios, van a favorecer un cuidado profesional que generará empleo y que estará más próximo a las consideraciones que establecía la propia LAPAD en su preámbulo (Rodríguez-Castedo y Jiménez Lara, 2010).

#### ***6.4.2. Primera tipología: prestaciones de servicios versus prestaciones económicas.***

La primera tipología (*Gráfico 15*) presenta el total de prestaciones concedidas en cada territorio, con fecha de mayo de 2015, atendiendo a la distinción entre prestaciones que se caracterizan por estar ligadas a servicios y prestaciones de carácter económico.

La tendencia de Aragón, comparada con la española, muestra que en esta CCAA hay un claro predominio de las prestaciones económicas. Atendiendo a las cifras relativas (*Tabla 23, Anexo XI*), Aragón presenta una de las cifras más elevadas en cuanto a prestaciones económicas concedidas (73.5), junto con Cataluña (79.6), Región de Murcia (73.7) y Navarra (73.7). Está muy por encima de la media española, que se sitúa en el

59.2. Por el contrario, aquellas CCAA que presentan los valores más bajos serían Canarias (31.3) y Galicia (39.2).



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Sisaad.

Por el contrario, en la *Tabla 23 (Anexo XI)* se puede apreciar que Aragón es la CCAA que menos ha desarrollado las prestaciones denominadas “de servicios” (tan solo un 26.8%), junto con Islas Baleares (27.8). La media española se situaría en torno al 67.5, muy por encima de la aragonesa, lo que supone un total de 503.121 prestaciones concedidas de este tipo. En el extremo opuesto, encontramos que las CCAA que más las han desarrollado han sido La Rioja (92.6), la Comunidad de Madrid (85.6) y Andalucía (83.5). Estos datos muestran que, aunque si bien es cierto que durante este periodo se han concedido más prestaciones del tipo servicios, todavía la cifra de prestaciones económicas sigue siendo muy elevada.

Partiendo de la *Tabla 23 (Anexo XI)*, se puede establecer la brecha o diferencia entre las CCAA que más servicios o prestaciones económicas han concedido, frente a las que menos. Este dato permite conocer el fuerte contraste entre territorios, tal y como queda reflejado en la *Tabla 15*.

Tabla 15. Brecha entre CCAA, según tipología prestaciones de servicios versus prestaciones económicas. Mayo del 2015.

	SERVICIOS	P. ECONÓMICAS
CCAA con mayor nº relativo	92.6 – La Rioja	79.6 - Cataluña
CCAA con menor nº relativo	26.8 – Aragón	31.3 - Canarias
<b>BRECHA</b>	<b>65.8</b>	<b>48.3</b>

Fuente: elaboración propia.

Así pues, en la *Tabla 15* se muestra una fuerte desigualdad entre Aragón, la CCAA que, proporcionalmente, menos prestaciones de tipo servicios ha concedido, frente a La Rioja, con una brecha de 65.8 puntos. En el caso de las prestaciones económicas, Canarias es la que menos recursos de estas características ha destinado, frente a Cataluña, dando lugar a una brecha de 48.3 puntos.

Observando los cuadrantes, se pueden señalar dos áreas o categorías diferenciadas. Por un lado, en el cuadrante superior izquierdo se puede encontrar las CCAA que han concedido mayor número prestaciones económicas, frente a prestaciones de tipo servicios: Aragón, Islas Baleares, Extremadura, Navarra, Asturias, Murcia, País Vasco,

C. Valenciana, Castilla y León, Ceuta y Melilla y Cataluña. Situada en el límite de esta área, se encuentra Cantabria, que roza la media española en cuanto a prestaciones económicas y se sitúa muy por debajo en cuanto a servicios. Por otro lado, en el cuadrante inferior derecha, podemos encontrar agrupadas las CCAA que han concedido un mayor número de prestaciones de tipo servicios, frente a prestaciones: Galicia, Canarias, Castilla-La Mancha, Andalucía, C. Madrid, La Rioja.

#### **6.4.3. Segunda tipología: atención institucional versus atención comunitaria.**

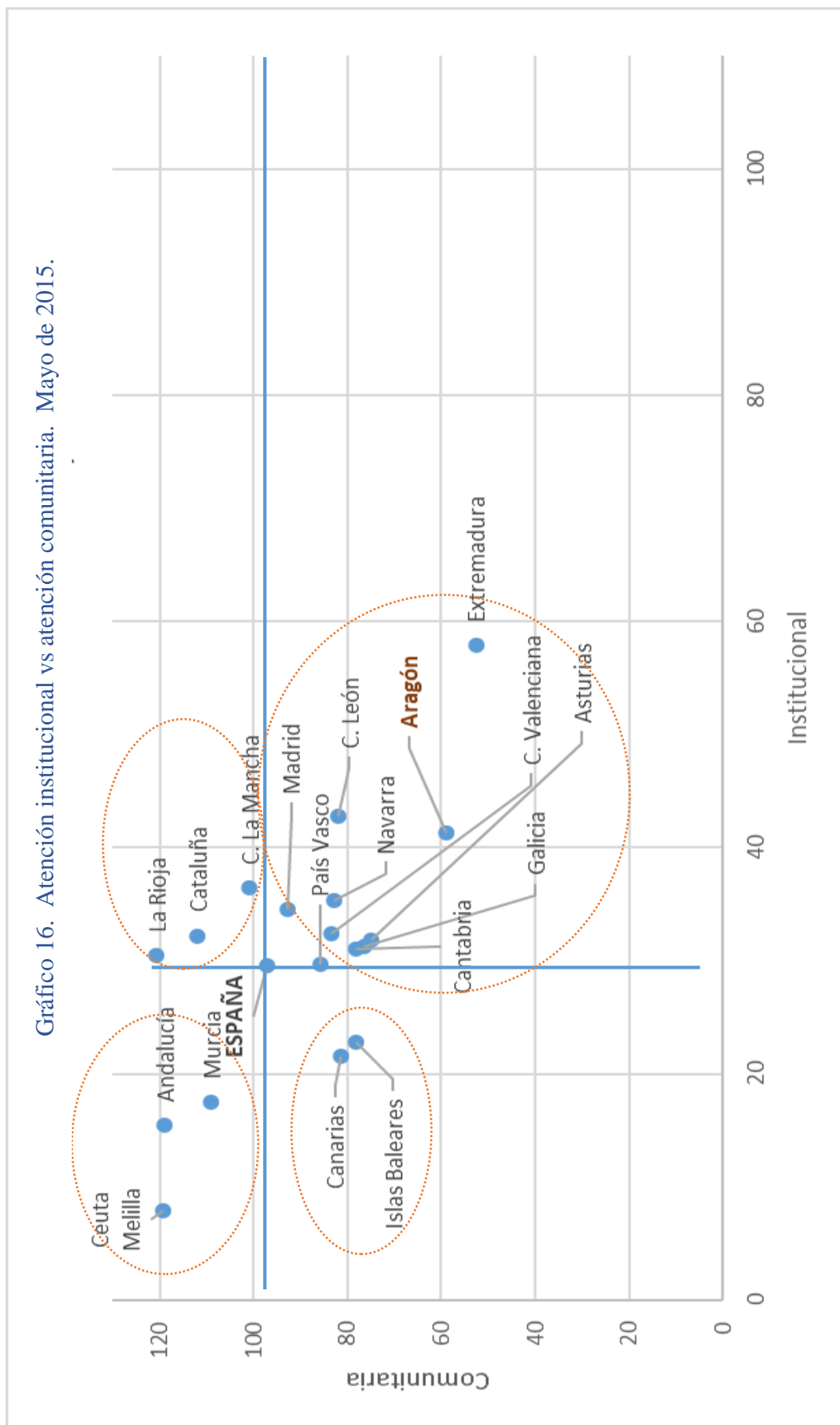
En segundo lugar, se puede atender a la distinción entre prestaciones de carácter institucional, frente a las de atención comunitaria. Tal y como se recoge en el art. 13 de la LAPAD, las prestaciones de atención comunitaria deberían ser las predominantes, con el fin de garantizar los cuidados en el entorno habitual del dependiente.

Observando los datos para Aragón, en el *Gráfico 16*, las prestaciones de tipo atención comunitaria (59.0) están más desarrolladas que las de tipo atención institucional (41.2). Se debe, en parte, a red de servicios preexistentes en esta CCAA<sup>70</sup>, tal y como se ha visto reflejado en el anterior *Gráfico 9*. Sin embargo, esta cifra está muy por debajo de la nacional (97.1), y junto con Extremadura (52.7), sitúa a esta CCAA en los niveles más bajos de desarrollo de prestaciones comunitarias. Las CCAA que más prestaciones de atención comunitaria han concedido son La Rioja (120.8), Ceuta y Melilla (119.3) y Andalucía (118.9), apostando claramente por estas prestaciones frente a las de tipo institucional<sup>71</sup>.

---

<sup>70</sup> Esta red de servicios preexistentes en Aragón, se corresponde, en gran parte, a centros residenciales para personas mayores.

<sup>71</sup> Conviene volver a remarcar en este epígrafe, que algunos usuarios pueden estar disfrutando de dos prestaciones simultáneas, pues el servicio de “Teleasistencia” puede concederse simultáneamente con el de “Ayuda a Domicilio”.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Sisaad.

Para el conjunto de España, tan solo el 29.6 de las prestaciones serían de atención institucional; nuevamente, Aragón sobrepasa esa cifra, situándose en 41.2 que, junto con Extremadura (57.9) y Castilla y León (42.8), serían las tres con la cifra más elevada de este tipo de prestaciones. Por el contrario, Ceuta y Melilla (7.8), Andalucía (15.4) y Región de Murcia (17.5), son las que menos han desarrollado las prestaciones de tipo atención institucional (ver *Tabla 24, en Anexo XI*). La *Tabla 16* permite conocer la brecha entre CCAA, en función de esta tipología.

Tabla 16. Brecha entre CCAA, según tipología atención institucional versus atención comunitaria. Mayo del 2015.

	A. INSTITUCIONAL	A. COMUNITARIA
CCAA con mayor nº relativo	57.9 – Extremadura	120.8 – La Rioja
CCAA con menor nº relativo	7.8 – Ceuta y Melilla	52.7 - Extremadura
<b>BRECHA</b>	<b>50.1</b>	<b>68.1</b>

Fuente: elaboración propia.

La brecha que muestra la *Tabla 16* en cuanto a la atención comunitaria es muy elevada, con 68.1 puntos de diferencia entre La Rioja, la CCAA que mayor proporción de prestaciones de tipo comunitario ha concedido y Extremadura, la CCAA que presenta el nivel más bajo. En cuanto a las prestaciones de tipo institucional, se puede observar la desigualdad entre Extremadura, la CCAA que en términos relativos ha concedido mayor número, frente a Ceuta y Melilla, que escasamente han desarrollado este tipo de prestaciones, lo que da lugar a una brecha de 50.1 puntos entre ambas.

Este gráfico refleja hasta cuatro categorías de CCAA en función del tipo de prestaciones que han concedido. En el cuadrante superior izquierdo se encuentran situadas Ceuta y Melilla, Andalucía y Murcia, siendo regiones que están concediendo un mayor número de prestaciones de tipo comunitario frente a las institucionales. En el cuadrante inferior izquierdo se aprecia un pequeño grupo de comunidades, Canarias e Islas Baleares que no alcanzan la media española en ninguna de las dos categorías de prestaciones. Observando el cuadrante inferior derecho se encuentra el grupo más numeroso de regiones, en las que se han concedido prestaciones de carácter institucional por encima de la media española, mientras que no han alcanzado la media en prestaciones

de tipo comunitario. Entre estas regiones se encuentra País Vasco, Cantabria, Galicia, Asturias, C. Valenciana, Navarra, C. Madrid, Castilla y León, Extremadura y Aragón. Por último, en el cuadrante superior derecho se sitúan las CCAA por encima de la media española en ambas categorías de prestaciones, entre las que figuran La Rioja, Cataluña y Castilla-La Mancha.

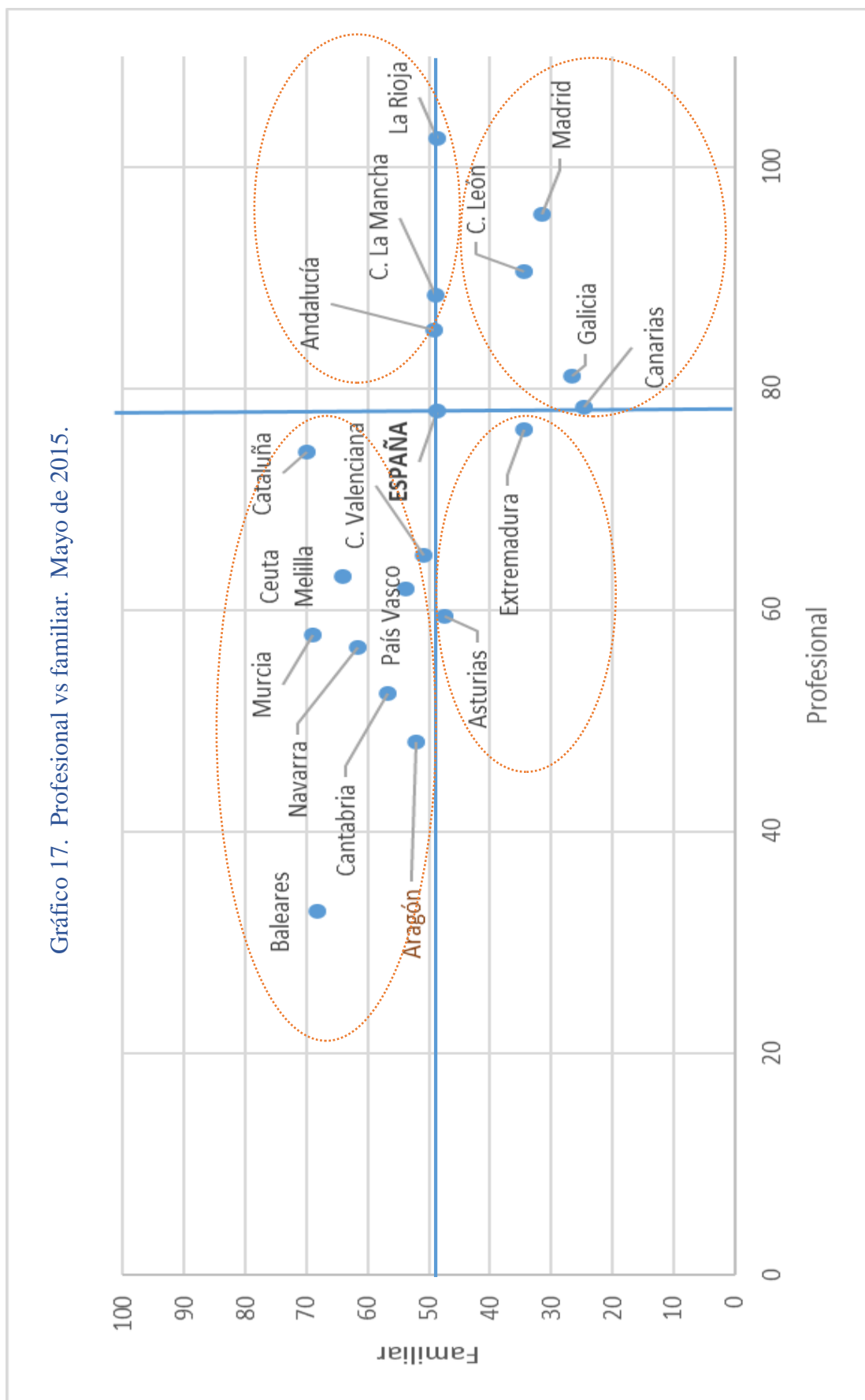
#### **6.4.4. Tercera tipología: atención profesional versus atención familiar.**

Por último, la tipología que agrupa las prestaciones de atención profesional, frente a las de atención familiar (*Gráfico 17*). Como ya se ha indicado, la LAPAD trata de garantizar la cobertura profesional de la demanda de cuidados a personas dependientes, de manera que las prestaciones de tipo profesional deberán ser prioritarias frente a las de atención familiar, pues se pretende sacar a los cuidados de la esfera privada.

Y pese a lo que la ley pretendía en su origen, casi diez años después, se sigue observando un claro predominio de las prestaciones de atención familiar en Aragón (52.1), por encima de la media española (48.7). Las CCAA con más prestaciones concedidas de este tipo son Cataluña (70.0) y Región de Murcia (69.0); las que menos prestaciones relacionadas con la atención familiar conceden son Canarias (24.7) y Galicia (26.6).

Por el contrario, la media española de prestaciones de tipo atención profesional (78.0) se sitúa por encima de la aragonesa (48.1). La Rioja (102.5) y Comunidad de Madrid (95.7), son las CCAA que más están desarrollando la asistencia profesional en el cuidado a personas dependientes; mientras, Islas Baleares (32.8) y, como ya se ha comentado, Aragón (48.1), son las que menos prestaciones de atención profesional están concediendo (ver *Tabla 25*, en *Anexo XI*). A partir de la *Tabla 17*, se puede establecer la brecha entre CCAA, en función de esta tipología.

Gráfico 17. Profesional vs familiar. Mayo de 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Sisaad.



Tabla 17. Brecha entre CCAA, según tipología atención profesional versus atención familiar. Mayo del 2015.

	A. PROFESIONAL	A. FAMILIAR
CCAA con mayor nº relativo	102.5 – La Rioja	70 – Cataluña
CCAA con menor nº relativo	32.8 – I. Baleares	24.7 - Canarias
<b>BRECHA</b>	<b>69.7</b>	<b>45.3</b>

Fuente: elaboración propia.

La *Tabla 17* muestra la desigualdad entre Islas Baleares, la CCAA que proporcionalmente menos prestaciones de tipo atención profesional ha concedido, frente a, nuevamente, La Rioja, con una brecha de 69.7 puntos. En el caso de las de tipo familiar, Canarias es la que menos recursos de estas características ha destinado, frente a Cataluña, dando lugar a una brecha de 45.3 puntos.

Observando el cuadrante superior izquierdo se puede localizar el grupo más numeroso de CCAA, en las que se han concedido prestaciones de tipo familiar por encima de la media española, en detrimento de las prestaciones de tipo profesional: Islas Baleares, Aragón, Cantabria, Navarra, Murcia, País Vasco, Ceuta y Melilla, C. Valenciana y Cataluña. El cuadrante inferior derecho muestra aquellas regiones en las que se han concedido prestaciones de tipo profesional por encima de la media española, mientras que se han concedido un número inferior a la media española de aquellas de tipo familiar: Canarias, Castilla y León, Galicia, y Madrid. Por otro lado, el cuadrante inferior izquierdo refleja un pequeño grupo de regiones no alcanza la media española en esta categoría, entre las que se encuentran Asturias y Extremadura. Por último, en el cuadrante superior derecho se localizan las CCAA que han superado la media nacional en ambas categorías: Andalucía, Castilla-La Mancha y La Rioja.

#### **6.4.5. Desarrollo del SAAD según la tipología de prestaciones concedidas en cada CCAA.**

Atendiendo al tipo de prestaciones que se han concedido en cada territorio, podemos clasificar a las CCAA en función de si han optado por las prestaciones que la

LAPAD considera prioritarias (servicios, atención comunitaria y profesionalizada) frente a aquellas que considera que solo deben darse en casos excepcionales, bien porque suponen la mejor opción para la persona en situación de dependencia (institucional) o bien porque no existen servicios (o cuidados profesionales) disponibles.

Tabla 18. Desarrollo del SAAD según la tipología de prestaciones por CCAA.

	<b>1ª TIPOLOGÍA: SERVICIOS VS PRESTACIONES</b>	<b>2ª TIPOLOGÍA: INSTITUCIONAL VS COMUNITARIA</b>	<b>3ª TIPOLOGÍA: FAMILIAR VS PROFESIONAL</b>
<b>Prioritarias (según la LAPAD)</b>	<b>SERVICIOS</b> Andalucía C. de Madrid Canarias Castilla-La Mancha Galicia La Rioja	<b>COMUNITARIA</b> Andalucía Aragón C. de Madrid C. Foral de Navarra C. Valenciana Canarias Cantabria Castilla y León Castilla-La Mancha Cataluña Ceuta y Melilla Galicia Islas Baleares La Rioja P. de Asturias País Vasco R. de Murcia	<b>PROFESIONAL</b> Andalucía Asturias Canarias Castilla y León Castilla-La Mancha Cataluña C. Valenciana Extremadura C. de Madrid Galicia País Vasco La Rioja
<b>No prioritarias (según la LAPAD).</b>	<b>P. ECONÓMICAS</b> Aragón P. de Asturias Islas Baleares Cantabria Castilla y León Cataluña C. Valenciana Extremadura R. de Murcia C. Foral de Navarra País Vasco Ceuta y Melilla	<b>INSTITUCIONAL</b> Extremadura	<b>FAMILIAR</b> Aragón Islas Baleares Cantabria Murcia Navarra Ceuta y Melilla

Fuente: elaboración propia.

La primera tipología muestra que se han impuesto las prestaciones de tipo económicas en la mayoría de las CCAA: Aragón, P. de Asturias, Islas Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Ceuta y Melilla, C. Valenciana, Extremadura, R. de Murcia, C. Foral de Navarra y País Vasco; estas autonomías están ofreciendo un mayor número de prestaciones de tipo económico, cuando deberían ser de carácter residual y solo cuando no pudiera ser posible dar un servicio. Aunque solo en Extremadura hay un mayor número de prestaciones de tipo institucional, tal y como hemos descrito, muchas de las CCAA que conceden prestaciones de tipo comunitario, se encuentran muy por debajo de la media española. Y pese a que en la LAPAD se establece de manera inequívoca que la tendencia debería ser un cuidado profesionalizado, lo cierto es que todavía hay un buen número de CCAA que optan por prestaciones de tipo familiar, entre las que se encuentran Aragón, Islas Baleares, Ceuta y Melilla, Cantabria, Murcia y Navarra.

Los datos desglosados a nivel territorial del tipo de prestaciones y los contextos regionales que se están estableciendo, vienen a corroborar que las CCAA van a estar condicionadas por el nivel de recursos preexistentes y por los gobiernos autonómicos (Martínez-Buján, 2014). Durante el periodo estudiado, se ha impuesto en España un modelo mayoritariamente basado en las prestaciones económicas, de atención comunitaria, aunque profesionalizado, que en muchas CCAA está perpetuando el modelo de cuidados familista y feminizado. Todos estos datos ponen de manifiesto una clara desigualdad entre CCAA, en las que las personas en situación de dependencia y sus familias, no pueden optar en igualdad de condiciones a los servicios públicos del SAAD.

### **6.5. Reflexiones finales.**

La LAPAD surgió en un contexto en el que la sociedad española y la europea eran conscientes de la urgencia por generar espacios y políticas capaces de dar respuesta las crecientes necesidades de cuidados. El ánimo de esta ley era, sin lugar a dudas, crear una red de servicios públicos que garantizaran la cobertura de necesidades de cuidados, priorizando las prestaciones de servicios, de atención comunitaria y formal. Sin embargo,

los datos del Sisaad muestran una realidad muy distante a la contemplada en la LAPAD para Aragón y otras regiones.

La situación de Aragón en mayo de 2015 es preocupante, ninguno de los parámetros estudiados es positivo, perdiendo incluso un 31,6% de personas atendidas en 4 años; más aún, la tasa de desatención estaba prevista que aumentase al 47% a lo largo de este periodo cuando se incorporasen al sistema los dependientes moderados en el mes de julio del 2015. En el periodo estudiado se puede decir que han cristalizado las prestaciones de tipo económicas frente a las de servicios, especialmente la PECEF, suponiendo una clara contradicción con lo expuesto en el preámbulo de la LAPAD, haciendo que el cuidado haya recaído en las familias, especialmente en las mujeres. Además, el este familismo se refuerza al constatar que las prestaciones informales predominan antes las formales. Según los datos estudiados, en Aragón predominan también las prestaciones de tipo institucional por encima de la media española, en lugar de la atención comunitaria, dificultando el derecho de los ciudadanos a envejecer en casa. Es decir, atendiendo a la concesión de prestaciones del catálogo del SAAD en Aragón, podemos concluir que:

*Primero.* Aragón tuvo un arranque exitoso, situándose en la cabeza de las CCAA con mayor tasa de cobertura del SAAD. Sin embargo, tras estos primeros años empezó a descender, siendo a partir de la aprobación del RDL 20/2012 cuando llegó a situarse a la cola de CCAA en cuanto a cobertura.

*Segundo.* Atendiendo a estos datos de tasa de cobertura, se pueden encontrar autonomías que están muy por debajo de la media española, lo que demuestra una clara desigualdad entre territorios.

*Tercero.* El tipo de prestaciones que se están concediendo en España reflejan un claro desequilibrio entre CCAA, con regiones que continúan perpetuando el cuidado familista.

*Cuarto.* Según los datos del Sisaad, el tipo de prestaciones que se están concediendo en Aragón están alejados de lo que la LAPAD tenía previsto.

*Quinto.* Observando el tipo de prestaciones que se otorgan en la comunidad aragonesa, se puede concluir que se está reforzando el papel de la familia en el cuidado y, en concreto, de las mujeres, si tenemos en cuenta se corresponde con el perfil mayoritario de cuidadores no profesionales. Es decir, el importante peso de las

familias y de las mujeres como cuidadoras, permite comprobar, una vez más que los objetivos de la LAPAD expuestos en su preámbulo, no se están cumpliendo debidamente.

Pese a las fuertes restricciones que el SAAD sufrió en Aragón durante este periodo, la situación actual de esta CCAA, según el Dictamen del Observatorio de la Dependencia (Asociación estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2012 al 2018), está comenzando a superar las cotas de cobertura alcanzadas en el año 2011. Sin embargo, según estos mismos informes, se estima que desde el RDL 20/2012, en Aragón se han perdido unos 17,5 millones de euros de media cada año dedicados a financiar las prestaciones del SAAD, lo que implica que muchas personas en situación de dependencia (entre 2.800 y 3.000 cada año) han dejado de ser atendidas, así como la pérdida de unos 450 empleos directos por ejercicio.

Ante la fuerte demanda de cuidados en Aragón y en toda España, unida a los duros recortes en el sistema de provisión públicos, las familias se han visto abocadas a buscar todo tipo de alternativas para el cuidado de personas mayores dependientes, diversificándose el perfil del cuidador en España. Las mujeres, bien sea como esposas o hijas, continúan ejerciendo mayoritariamente ese rol, al que también se le han unido hombres mayores, voluntarios/as, personas jubiladas y, de manera especial, mujeres inmigrantes. Tal y como desarrollaremos en el siguiente capítulo, las mujeres extranjeras se han convertido en una de las opciones preferidas por las familias y dependientes que, ante la falta de otros recursos para el cuidado, optan por su contratación.



---

## **CAPÍTULO 7: Mujer inmigrante y su papel en la atención a la dependencia.**

---

¿Qué tareas hago? Si te digo todas, me quedo corta y no llego. A ella la lavo, la peino, le cepillo el pelo, la dentadura postiza, las uñas, la maquillo, la ducho, la llevo al váter, le doy de comer. En la casa hago de todo, hago la compra, la colada, limpio, friego, cocino... ¿me dejo algo? Bueno, es que le doy las medicinas, voy al médico, la saco a pasear... Estoy con ella todos los días, 24 horas de seguido.

(Cuidadora 19).

## **7. CUIDADORAS INMIGRANTES: tipo de cuidados que ejercen.**

---

Como se ha ido exponiendo a lo largo del trabajo, las cuidadoras de personas dependientes, de origen extranjero, se están constituyendo como una de las vías a las que las familias recurren cada vez con más frecuencia para poder suplir la falta de cuidadores informales y de provisión pública de servicios a personas en situación de dependencia. Estas cuidadoras presentan una serie de características concretas que las diferencian de otro tipo de cuidadores, las cuales van a ir desarrollándose seguidamente. Debido a que representan un colectivo relativamente nuevo en nuestro país, es recomendable conocer cuál es el tipo de cuidado concreto que realizan y cuáles son sus principales necesidades, tanto en el ámbito laboral, como personal.

A continuación, se analizan los principales puntos tratados en las diferentes entrevistas, con el fin de alcanzar los objetivos marcados en la metodología, esto es, las características socio-demográficas de los cuidadores y de las personas a las que están cuidando, el tipo de cuidado que están realizando, las motivaciones, repercusiones y gratificación que encuentran en su trabajo, su situación laboral y las necesidades que expresan para mejorar el tipo de atención que proporcionan.

### **7.1. Nota metodológica.**

Dado el carácter propio de las entrevistas en profundidad que se han realizado durante esta investigación, tanto a las propias protagonistas del objeto de estudio –las cuidadoras inmigrantes- como a los informantes privilegiados –profesionales- va a



permitir conocer de manera extensa los puntos más relevantes del trabajo de estas cuidadoras inmigrantes, así como sus principales necesidades. Todo ello proporcionará una serie de orientaciones para futuras intervenciones que podrán contribuir a mejorar, tanto las condiciones de estas trabajadoras, como las de las propias personas dependientes que reciben sus cuidados.

En el *Capítulo 2. Metodología*, se puede consultar la *Tabla 1. Características de las cuidadoras participantes en el estudio*, en la que se encuentran descritas las principales características de estas cuidadoras; de una forma visual y sencilla permite seguir el análisis de las entrevistas y de este modo, ser una guía útil para la lectura de los datos. También se puede revisar la *Tabla 2. Características de los profesionales participantes en el estudio*, en ese mismo capítulo, en la que se relatan los profesionales que han participado en el estudio. En los ya mencionados *ANEXO III. Guion de entrevista semi-estructurada correspondiente al Objetivo C: cuidadoras en Aragón (España)* y el *ANEXO IV. Guion de entrevista semi-estructurada a profesionales de entidades sociales en Aragón (España)*, se pueden volver a consultar los guiones de entrevistas cualitativas que se han aplicado a nuestros informantes.

### **7.1. Características socio-demográficas de las cuidadoras.**

Tal y como se ha ido desarrollando en los anteriores capítulos, el trabajo del cuidado “ha sido y es desarrollado fundamentalmente por mujeres” (Rogero, 2010: 126). Este hecho se comprueba con esta investigación, puesto que todas las informantes son mujeres. Si bien es cierto que los diferentes profesionales consultados durante el estudio, referían conocer algún caso de hombres inmigrantes trabajando como cuidadores, lo relataban como algo aislado y poco frecuente. Así pues, y tal y como se ha especificado al comienzo de la tesis, a efectos de este estudio, se va a hablar de “cuidadoras” a lo largo del análisis.

*Profesional 7:* Mi compañero también te lo puede decir, ¿verdad? ¿Cuántos hombres tenemos?

*Compañero*: Uffff, no muchos. Entre 10 y 15, vamos... comparado con las mujeres, insignificante.

*Profesional 7*: Sí, ¿no? Pocos, pocos, ya ves. Este servicio está abierto igualmente a hombres y a mujeres, pero ellos van más a otros sectores de trabajo, el campo, la construcción o camareros... Y las mujeres es más al servicio doméstico en general. Pero mucho más. Yo te diría que casi el 99% de las personas que atendemos son mujeres.

Estos resultados que se han obtenido en este estudio concuerdan con los obtenidos por otros estudios previos sobre cuidadoras inmigrantes, en los que la mayoría de sus informantes eran mujeres, llegando a representar el 92% de la muestra que en ellos se manejaba (IMSERSO, 2005a; Rodríguez, 2012). La razón por la cual existe un gran número de mujeres dedicadas a las labores de cuidados, se debe a patrones culturales fuertemente arraigados en la práctica totalidad de las sociedades y a los modelos tradicionales y “familistas” anteriormente mencionados: los hombres han ejercido siempre un rol social visible, en el que predominaban sus actividades fuera del domicilio, mientras que las mujeres han mantenido sus actividades dentro de la esfera privada de sus hogares (Arber y Ginn, 1996; Rogero, 2010). Esta clasificación de roles también se reproduce y se manifiesta en el ámbito del mercado de los cuidados.

La edad de las cuidadoras de la muestra de esta investigación se sitúa entre los 24 y los 59 años, aunque la mayoría de ellas tienen entre los 30 y los 55 años. Esto indica que estas cuidadoras se encuentran en la llamada edad adulta o mediana edad, coincidiendo también con la edad media que presentan las personas que deciden emigrar. Estas ideas contrastan con las que asocian migración con juventud. Autoras como Escrivá y Skinner (2008), sostienen que esto puede ser debido a dos factores: motivos de reagrupación familiar y una mayor demanda de trabajadoras maduras para ejercer como cuidadoras. Por otro lado, resulta significativo comprobar cómo el estado civil de estas mujeres es el de solteras, separadas o divorciadas, y que en tan solo dos casos de la muestra estaban casadas, una contrajo matrimonio una vez formalizada su residencia en España y la otra mantenía vínculo matrimonial en origen. Este hecho puede ser determinante a la hora de tomar la decisión de migrar hacia otros países.

Yo allí estaba casada, pero la cosa fue mal y nos separamos. Yo ya trabaja allí, pero con eso no bastaba para la casa y los niños. Así que me vine. Ahora estoy divorciada y tengo una pareja aquí, aunque no nos vamos a casar de momento. Es que pienso en mis hijos y me quiero volver, pero ahora me atan cosas acá y allá. No sé qué haré llegado el momento... igual que se vengan mis niños... no sé. (*Cuidadora 14*).

Yo, gracias a Dios, nunca me casé. No dejé a nadie allá. Es que me vine muy jovencita, usted ya sabe; ya son 20 los años que tengo aquí, estoy nacionalizada y todo y aquí sí que tengo un marido y una hija. Es que, de otra manera, me hubiera costado más tomar la decisión, así lo tuve más claro y fue más fácil venir. (*Cuidadora 17*).

El **tiempo de residencia y la nacionalidad** en España de estas cuidadoras es muy variado y no se puede establecer ningún tipo de relación fiable: algunas llevan residiendo en España menos de un año en el momento de las entrevistas (como la *Cuidadora 18* y la *Cuidadora 12*), y algunas ya han conseguido la nacionalidad española (por ejemplo, la *Cuidadora 7* y la *Cuidadora 11*). Los profesionales destacan que en los últimos años trabajan con menos mujeres en situación administrativa irregular, aunque todavía les llegan algunos casos. En esta muestra, tan solo las cuidadoras que llevaban menos tiempo en España se encontraban en esa situación, que según narraban, estaban tramitando. En cuanto a la nacionalidad, parece haber una cierta predilección por contratar a mujeres latinoamericanas –las familias esgrimen razones estereotipadas sobre el cariño, paciencia o la dulzura que imprimen estas mujeres en los cuidados que proporcionan- (Martínez-Buján, 2010; Colectivo IOÉ, 2005; Díaz-Gorfinkiel y Tobío 2005; Tobío y Díaz-Gorfinkiel, 2007), si bien es cierto que durante este trabajo se ha comprobado la variedad nacionalidades que actualmente se encuentran cuidando en las capitales aragonesas.

Hace unos años sí que no paraban de llegarnos casos de mujeres “sin papeles”. Incluso la terminología ha cambiado, ya no se oye tanto lo de “ilegal” y decimos más “administrativamente irregular”. Ahora lo primero que hacen

todas es buscar la manera de regular lo antes posible su situación... y la mayoría lo consiguen. (*Profesional 4*).

El **nivel de estudios** de estas cuidadoras también es diverso. Muchas cuentan estudios superiores y con títulos universitarios en diferentes áreas que no han podido convalidar en España (Colectivo IOÉ, 2006). Son muy pocas las que contaban con formación específica como cuidadoras antes de dedicarse a ello, aunque alguna sí se empezó a formar una vez que comenzó a ejercer su trabajo. Esta situación puede suponer un problema tanto para ellas, dado que si no se realizan correctamente algunas maniobras de movilización de personas dependientes pueden acarrear problemas físicos para el cuidador, como para las propias personas dependientes que pueden sufrir lesiones.

Estoy licenciada en artes industriales: estudios de peluquería, contabilidad, corte y confección, diseño, juguetería floristería, cerámica y estudios de inglés, diseño gráfico, pero aquí esto no existe. Pero no está homologado aquí en España. Sí he recibido formación, porque aparte de eso he sacado certificados de la Casa de la Mujer y a través de Internet siempre me pongo al día por si acaso. (*Cuidadora 7*).

Yo a veces me pregunto si los cursos de cuidadoras inmigrantes que ofrecemos reproducen estereotipos de género o si son necesarios porque hay demanda; estoy totalmente de acuerdo contigo. Es decir, son necesarios, eso lo tengo claro, porque la realidad dice que van a trabajar de domésticas y tienen que saber lo básico por su salud y por la de la persona enferma. Pero parece que no haya otra cosa, que no haya más cursos que ofrecerles, que se les condena a trabajar en los cuidados, a reproducir una y otra vez su rol femenino. (*Profesional 6*).

## 7.2. Características socio-demográficas y socio-sanitarias de la persona cuidada.

El perfil de los mayores dependientes con los que trabajan estas cuidadoras, se corresponderse con el de una mujer de más de 75 años, es decir, de edades muy avanzadas y que padecen enfermedades degenerativas que precisan una atención continuada. Por supuesto, también cuidan a varones, pero en estos casos, suele ser en ausencia de otros cuidadores familiares, generalmente otras mujeres del entorno (Tobío, 2012). Entre las dolencias más comunes se encuentran el Alzheimer, el Párkinson y la diabetes, llegando a incapacitar casi por completo a estos mayores. Es decir, estamos ante grandes dependientes (Puga y Abellán, 2004; Sarasa, 2007) y la tendencia es que aumente la demanda de cuidados a personas mayores<sup>72</sup>. Resulta interesante percatarse de que, a la hora de formular esta pregunta, en muchas ocasiones las cuidadoras no conocían toda la información referente a la salud de los mayores, de modo que eso podría dificultar las labores de cuidado.

Tiene Alzheimer y Párkinson. En estos últimos meses cada día está más apagada, come y se mueve menos. Empeora mucho cada día, y ya la ves [señalando a la señora] no se entera de nada, no nos conoce ni a su hija, ni a nadie. Es una penita. (*Cuidadora 1*).

Yo es que solo sé lo que veo... no anda nada, todo el día con el pañal, todo el día a darle el puré... es que no sé lo que tiene. No me lo han dicho y no sé por qué no me lo dicen... Bueno, yo la cuido igualmente, como puedo y como sé para que ella esté más cómoda y mejor. (*Cuidadora 15*).

La **relación de estos mayores dependientes con sus familiares**, no siempre es fluida. Prácticamente todos tienen hijos de mediana edad, pero que, por unos u otros motivos, según relatan las entrevistadas, no mantienen demasiado contacto con ellos, salvo alguna excepción en la que uno de los hijos (generalmente una hija) se encarga de ir observando la evolución o las posibles necesidades de su madre o padre. Las

---

<sup>72</sup> Tal y como hemos comprobado a lo largo del *Capítulo 5*.

cuidadoras refieren que los hijos tienen otras responsabilidades familiares o laborales que les imposibilitan hacerse cargo de sus padres.

Vivimos los 3 en esta casa, el matrimonio y yo. Y los hijos poco o nada se preocupan. Vienen algunas veces al mes, pero eso es todo. Me pagan a mí y nada más. Me gustaría que se preocuparan más, porque es una señora muy buena, y el señor también, pero nada. (*Cuidadora 4*).

Vive solo, tiene 3 hijos, pero sus hijos no quieren hacerse cargo. Y me da mucha penita porque este señor necesita más horas de cuidados y hacer más cosas que no estar el día en la casa. Y hablas con los hijos y nada. Y yo... yo no sé qué tal padre habría sido este señor o qué esto o lo otro... pero un ancianito necesita que le atiendan y que sus hijos le den cariño. (*Cuidadora 10*).

A lo largo de las conversaciones, algunas entrevistadas contaban también el tipo de relación que mantenían con estos familiares. En ocasiones la relación no era buena, llegando a contar fuera de la entrevista serios problemas en cuanto al trato que les propiciaban a ellas o los mayores; aunque también había casos, como el de la *Cuidadora 3*, que decía sentirse “como de la familia (...) me llevo bien con ellos y me tratan casi como de la familia, y estoy bien y me siento bien con ellos, son muy amables.”

A mí me pena más por el viejito que por mí. Que lo poco que lo miran a ver si está bien, si le cae en faltar algo... Yo con ellos lo menos posible. Que me paguen y vengan cuando les toca, pero es que a mí no me importa por mí, sino por él. (*Cuidadora 20*).

En cuanto a la fuente actual de **ingresos** de estas personas o si recibían o no algún tipo de **prestación**, la respuesta más frecuente era que desconocían ese dato. Tampoco sabían si estos mayores estaban reconocidos como dependientes o si percibían otras ayudas. Llegaban a quejarse de la poca información que en general tenían sobre la situación de estos mayores. En un momento de la conversación, la *Cuidadora 6* comentaba:

No puedo decir que enfermedad tiene, pero está mal, no se da cuenta de nada. No sé qué tipo de prestación, seguramente ninguna (...) Así es muy difícil hacer mi trabajo, no me dicen nada y no sé qué puedo hacer. Ahora me aguanto, pero antes me *jodía* no poder hacerlo bien. Pero no nos cuentan nada. Yo comento con otras amigas cuidadoras, de aquí del parque, y ellas tampoco saben. Y la que sabe está mejor porque así comprende, y si es Alzheimer y si se pone agresiva... pues ya sabe qué hacer.

Algunos mayores sí se encontraban dentro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia o a la espera de resolución, pero excepto un par de casos que sí tenían dispositivos de tele-asistencia, el único tipo de prestación que recibían era de carácter económico; fuera de las preguntas de la entrevista, un par de cuidadoras comentaron que realmente recibían una ayuda para que fuera un familiar el que proporcionara los cuidados, pero que en realidad, no estaban cumpliendo esa función y que en su lugar, les pagaban a ellas para que lo hicieran.

En mi opinión, aquí hay varios asuntos que destacar. El primero es que las familias recurren a estas mujeres porque no pueden hacerse cargo de estos abuelos. Y recurren además porque no tienen otra cosa. Las residencias son demasiado caras para la mayoría de las familias y tienen cierto componente estigmatizador, muchas piensan “cómo voy a llevar ahí a mi madre, se van a pensar que no la quiero”. Pero es que no hay recursos públicos suficientes que permitan conciliar. Algunos entran en el SAAD, pero con eso no basta. (*Profesional 3*).

### 7.3. Tipo de cuidado que realizan.

La primera característica que puede destacarse sobre el tipo de cuidados que realizan estas cuidadoras está relacionada con las **extensas jornadas laborales** que soportan, sobre todo si se encuentran ejerciendo como internas en el domicilio de la

persona a la que cuidan. Por ejemplo, la *Cuidadora 5* comentaba no tener un horario exacto, “son veinticuatro horas sin horario exacto”.

Son siete días a la semana 19 horas al día desde las 19:00 hasta las 14:00 todos los días, estoy de interna. Pero no es un horario cien por cien exacto, porque si un día pasa algo, y cada vez pasan más cosas, pues es más rato o lo que sea. (*Cuidadora 1*).

Vivo aquí, en la casa con ellos; estoy todo el día y toda la noche todos los días. Tengo 3 horas libres al día, que las uso para descansar, pero claro, solo si un día puedo descanso. (*Cuidadora 4*).

Excepto casos concretos, son las únicas cuidadoras o las personas principales que atienden a los mayores. Cuando no están ellas, son los hijos los que deben hacerse cargo, y si los hijos no pueden, se ven obligados a contratar a alguien para suplirlas.

La hija también ayuda cuando yo tengo mis 5 horas libres, pero a veces pienso que necesito más descanso, no tengo tiempo ni para ducharme muchos días. Me siento un poco cansada. (*Cuidadora 1*).

Su hijo vive al lado, es médico y me ayuda cuando hay un problema. Y otra chica más que viene a hacer la comida y limpiar. Tiene un botón rojo por si se cae o le pasa algo y nosotras no estamos. (*Cuidadora 3*).

Como se ha descrito, sus jornadas laborales son extensas y en ellas realizan todo tipo de actividades, que en ocasiones van mucho más lejos del mero cuidado, lo que puede llegar a causar el descontento con su trabajo o producir un cansancio excesivo en estas cuidadoras.

Limpio el polvo, lavo los baños, le doy el desayuno y la comida, hago la compra, lo llevo al médico, voy a comprar medicamentos... (*Cuidadora 5*).



Cuando llego la levanto, la ducho, pongo el desayuno y la ayudo a comer, hago la limpieza, voy de compras, hago la comida, le echo a la siesta. Cada día las hijas me tratan peor y cuando yo le hago un favor a la mujer ya me obligan a hacer ese favor cada vez que se necesita, me cargan con todo lo de la mujer, estoy muy cansada de ellas, porque son muy bordes. (*Cuidadora 6*).

Sin embargo, una de las características comunes en todas las cuidadoras, que va a estar presente en todas las tareas de cuidado que van a realizar y que va a quedar reflejada a lo largo de sus discursos, va a ser el afecto y dedicación con el que imparten cuidados (*Vega, 2009*).

Yo, a pesar de que pueda protestar, o me oigas quejarme del trabajo, porque es que es muy duro, ¿eh?, yo todo lo que hago es con cariño, y lo hago como si fuera para alguien de mi familia. (*Cuidadora 12*).

Es mi viejita. Es que te implicas y siempre quieres que esté bien. Al final, es casi mi única familia aquí y por eso le pongo esfuerzo a todo lo que hago. (*Cuidadora 13*).

### **7.3.1. Tareas y actividades dentro del hogar.**

El **tipo de tareas y actividades** concretas que llevan a cabo estas cuidadoras, se han subdividido en varios bloques, agrupadas en función de las grandes áreas de las que se compone el cuidado.

En primer lugar, se puede hablar de las actividades relacionadas con el cuidado y aseo personal de los mayores en situación de dependencia. La práctica totalidad de estas cuidadoras se encargan completamente y casi en exclusiva de todas estas labores. Estas tareas incluyen: acompañamiento al servicio, asistencia, supervisión o cambio de pañales, según corresponda a cada caso; lavado de dientes o mantenimiento de la dentadura;

duchas supervisadas, lavados en la cama, o duchas completas; cepillado, lavado, peinado, corte y tinte del cabello; cortar, limar, pulir y en ocasiones pintar las uñas de las manos y de los pies; vestir o desvestir con mayor o menor grado de asistencia; hidratar la piel, maquillajes y otros.

La lavo el cuerpo en la cama a la mujer, y si hay que ir al baño o pañales por la mañana. Es que no tiene movilidad, y tampoco tiene fuerza en los brazos, cuando hay que sentarla en la taza para que haga sus cosas, pues tengo que ser yo. Intento que se peine sola o que se lave la dentadura, pero cada vez quiere hacer menos. (*Cuidadora 4*).

Todo lo hago yo, la baño, la peluqueo, la tiño el pelo, arreglo las uñas. Ayudarle a hacer de vientre, cambiar pañales... La ayudo porque ella no puede ir sola al baño y yo le hago fuerza en la tripa y así entre las dos apretamos; pero ella a veces no quiere o no se da cuenta de que tiene que ir y se montan algunas... no te cuento más que es asqueroso. (*Cuidadora 2*).

Yo al venir no sé hacer nada. Se cayó en el suelo del baño y se abrió la cabeza. Pensé en que me despedían, pero lo entendieron. Es que yo era una cría de 24 o 25 años, que peso 50 kilos y ella más de 100 kilos. Ahora nos lo hacemos mejor, aunque ella cada día está peor. Vamos al baño ya bien, en la ducha sin problemas... le hago yo todo lo del aseo. (*Cuidadora 16*).

En cuanto a las tareas del hogar, suelen expresar a lo largo de las entrevistas, que se sienten un tanto confundidas, puesto que en un principio las habían contratado para atender en cuidados personales a un mayor, y se han encontrado con que la mayor parte su jornada laboral consistía en atender las labores del hogar. La *Cuidadora 5* comentaba: "...y cuando llegué lo que me di cuenta es que ellos querían una sirvienta y no que alguien cuidara bien de su padre." Sin embargo, la *Cuidadora 6* se encontró con la situación contraria: "yo pensaba que eran labores domésticas y me presentaron a la señora. Lo hago porque no me importa, pero no firmé nada de esto".

En general, este tipo de actividades se reúnen en tres grandes grupos. Por un lado, las que están relacionadas directamente con la limpieza de la casa, mantenimiento y reparación, así como el lavado y planchado de la ropa, fregar los platos, hacer las camas... Suelen ocuparse casi en exclusiva de estas labores.

Yo todo, todo el día cada vez que tengo un hueco hago de todo. Lo primero cuidarla, pero si la dejo en el sofá o lo que sea, pues me pongo a barrer el salón. O la llevo a la cocina y cocino con ella en el asiento. (*Cuidadora 9*).

Varios profesionales destacan algunos problemas que suelen comentar ciertas familias que contratan a estas cuidadoras, sobre la limpieza que ellas realizan en los hogares. Las familias exigen unos estándares de pulcritud que no siempre se cumplen, lo que los profesionales achacan a diferencias culturales. Sin embargo, todos los profesionales coinciden en que no suelen darse muchos de estos casos y que, en todo caso, el trabajo que llevan a cabo estas cuidadoras suele ser satisfactorio.

En alguna ocasión sí me he visto en la tesitura de tener que enseñarle a alguna cómo hay que fregar un suelo de baldosas, por ejemplo, o decirle que aquí se limpia sin esperar a acumular el polvo. Es normal que esto ocurra porque a lo mejor ellas en sus casas de allá no tienen baldosas y les entra tanto polvo que solo lo quitan cuando se ve mucho. Pero estas cosas las familias que contratan no se dan cuenta, les exigen demasiado en lugar de tener paciencia y enseñar. (*Profesional 6*).

En general no hay quejas, realizan un buen trabajo y tanto las familias como las personas a las que cuidan así lo reconocen. Puede darse algún caso, sí, que alguna no sepa o venga de un contexto tan diferente que al principio se le amontone, pero enseguida se adaptan y lo hacen bien. (*Profesional 11*).

Generalmente, son estas cuidadoras las que se encargan de la realización de compras para el mantenimiento de la casa (incluyendo todo tipo de productos de primera necesidad que compran con mucha frecuencia), en ocasiones acompañadas por las propias

personas a las que atienden. Otras comentan recibir ayuda de algún hijo si la compra es grande o pesada.

Yo, o el hijo para las cosas pesadas, pero una vez al mes como mucho viene. El resto yo antes de entrar porque eso ni me lo pagan, y si no, no le atiendo en las otras cosas (*Cuidadora 10*).

La elaboración de las comidas es también una actividad frecuente en su trabajo cotidiano. Estas cuidadoras deben cocinar, encargarse de elaborar dietas equilibradas y de dar de comer a las personas a las que cuidan. Dependiendo de su horario laboral, pueden llegar a ocuparse de las cinco comidas diarias. También en el aspecto de la nutrición algunas familias encuentran que hay diferencias importantes que trasladan a los profesionales.

Le preparo desayuno, comida y cena. La cena se la dejo ya para que él a la noche sea calentar y listo. O él se tiene que coger algo de embutido. Pero es que desde que me voy hasta que lo veo, no me he quedado tranquila (*Cuidadora 10*).

Yo todos los días, y procuro que sea una dieta sana, hay muchas cosas que no puede comer. A veces tengo que hacer la comida de ella y la mía porque igual tengo mucho tiempo sin comer una carne y ella no puede, y me la hago yo (*Cuidadora 9*).

Yo cuando llegaba a algunos domicilios veía que les hacían la comida típica de allí, de sus países; con lo cual, la abuela estaba mal alimentada, porque no le gustaba la comida y era un choque cultural, porque claro, las personas mayores no van a probar las empanadas ni las enchiladas por mucho que le diga la otra que son buenísimas... También el producto era más caro de comprar, porque la harina de maíz antes, no la tenías en cualquier supermercado, tenías que ir a los colmados específicos... Con lo que los hijos, al ver las minutas de la compra preguntaban por qué compraban esas cosas... Era una lucha, porque yo tenía que ayudar en la programación de comidas y

era peligroso para personas que tenían que seguir una dieta por su enfermedad  
(Profesional 9).

### 7.3.2. Tareas de gestión y control.

El tercer gran bloque de actividades está compuesto por las actividades de gestión y control. En cuanto a las gestiones administrativas, estas cuidadoras no se hacen cargo; cuando se les pregunta que quién controla los gatos, o pagar las facturas del hogar, responden que debe ser algún hijo, pero que ellas no tienen ningún acceso o capacidad de decisión en estos aspectos. Sin embargo, en lo que respecta al control y administración de la medicación, si la persona mayor toma cualquier tipo de fármaco, ellas deben administrarlo al paciente, aunque no estén capacitadas. Incluso ellas se encargan de realizar alguna cura o terapia concreta. La *Cuidadora 11* que ha trabajado como cuidadora a domicilio, y ahora lo hace en una residencia, cuenta lo siguiente:

Se supone que no... pero sí que lo hacemos. Y esperemos que no pase nada. Cuando lo hacía en las casas cuando iba, bueno... pero aquí tendría que ser un médico o enfermera el que lo llevase y no nosotras. (*Cuidadora 11*).

Tiene una bolsa de esas, cómo les dicen... bolsa de ostomía. Yo le hago las curas, se la cambio, lo que sea... Fui con ella al médico varias veces y me lo explicó todo. Le doy la medicación, la acompaño al médico, le pido la cita, la farmacia... todito pues. (*Cuidadora 19*).

En el transcurso de su horario laboral estas trabajadoras tienen que ocuparse de todo lo relacionado con la supervisión de la persona dentro del hogar, lo cual resulta incompatible con otras tareas, como las de limpieza; incluso deben asumir esta labor durante las noches, sin respetar descansos.

Suele poder caminar con el bastón, pero hay que estar pendiente y ayudarle, y la casa está sin adaptar. Y el rato que no estoy yo, ¿qué? yo quiero que no

esté solo, pero los hijos no quieren saber nada. Y lo hablamos con los vecinos y han pensado denunciar, pero ¿y qué hacemos? (*Cuidadora 10*).

Vigilarle el sueño se despierta muchas veces... Y yo no puedo descansar, a mí me cuesta dormir. Estoy ahí en la cama y al menor ruido que oigo pues ya estoy corriendo a ver si es o no. Y siempre con miedo a dormir profundo y que no la oiga” (*Cuidadora 9*).

### **7.3.3. Tareas fuera del hogar.**

Los traslados fuera del hogar constituyen el último de los apartados. Se pueden dividir en “conducción y traslados” y “acompañamientos médicos”. En este tipo de actividades, los hijos de los mayores en situación de dependencia suelen participar con más frecuencia. Debido a las escasas relaciones sociales que pueden mantener estos mayores, son pocos los traslados que deben hacer fuera del domicilio. Estos se limitan a realizar la compra acompañados, o dar pequeños paseos por el parque también con supervisión. Además, muchas de estas personas se encuentran en silla de ruedas, con lo que, si no es con ayuda, no pueden salir de sus hogares.

No. Bueno, la saco al parque a las tardes, pero no. Lo hacen los familiares y es que no salimos más de casa, porque no puede tener ninguna relación, no conoce ya a nadie ni puede hacer nada. (*Cuidadora 6*).

Un claro síntoma de la importancia y el número creciente que hoy en día hay de estas mujeres, es ver la típica escena de una de estas cuidadoras paseando por el parque con una de estas personas mayores. O yendo juntas a la compra o incluso cada vez más en las consultas del médico. (*Profesional 2*).

Durante las revisiones médicas, los empleadores recurren a las cuidadoras si no pueden ser ellos los que se ocupen, o si la trabajadora tuviera que administrar la terapia o tratamiento y por tanto debiera estar presente en el diagnóstico. Cuando surgen urgencias

médicas, son ellas las primeras en avisar, y en las ocasiones que requieren ingreso hospitalario, deben quedarse cuidando al paciente.

Sí, porque es parte del trabajo las revisiones médicas estoy presente por si me dicen alguna terapia o algo. O si les pasa algo cuando estoy, pues llamo yo. (Cuidadora 7).

A veces. Y cuando ingresa pues me tengo que quedar yo y hacer las noches y todo eso. Es lo que menos me gusta, el estar en el hospital, lo peor: no duermo, no me gusta, no descanso... Normalmente va la familia con él al médico, pero si nadie puede, pues voy yo. (Cuidadora 5).

En definitiva, podría afirmarse que estas cuidadoras están llevando a cabo todo tipo de tareas de cuidado, incluso aquellas que no deberían incluirse dentro de sus obligaciones (como las relacionadas con la gestión de fármacos, curas o revisiones médicas). La falta de una regulación clara que indique qué tipo de actividades son propias para un cuidador (ya sea familiar o profesional), está propiciando que se den situaciones que se extralimitan de las meras funciones del cuidado y que, por tanto, repercuten negativamente en la calidad de vida de los mayores.

#### **7.4. Motivaciones, repercusiones y gratificación en el cuidado.**

Durante el siguiente capítulo, *Capítulo 8. La huella de las migraciones femeninas en las familias nicaragüenses*, indagaremos con mayor profundidad en los motivos por los cuales las mujeres emprenden su proyecto migratorio, y se enfocará especialmente en la percepción y las circunstancias de la familia de origen. Existen dos ejes principales que mueven a las mujeres a tomar la decisión de migrar para trabajar en otros países: los motivos centrados en la propia mujer –individuales– y los que se centran en su familia (Acosta, 2013). Sin embargo, en este apartado se pretende introducir una de las ideas clave que aparecen, tanto en los discursos de las familias en origen como en las propias cuidadoras en destino. Y es que hay que tener en cuenta que son estas cuidadoras las que

se situarán como “jefas de hogar” y decidirán por ellas mismas iniciar el proceso migratorio -aunque puedan estar apoyadas por la familia y por otras redes migratorias en destino y en origen- (Gregorio, 1998; Oso, 1998).

#### **7.4.1. Motivaciones para emprender el proyecto migratorio.**

En cuanto a la **razón** para emigrar que más exponen las entrevistadas, es la de la confianza de encontrar una vida mejor en su país de destino. La *Cuidadora 9* comentaba:

Hace 5 años en mayo que estoy aquí. Tengo permiso de residencia (tarjeta de 2º año). Vine porque era una forma de empezar con todo y vivir mejor. Quería rehacer mi vida, me había divorciado y así tener oportunidades nuevas. Un cambio de aires, más dinero... No sé si volveré, quiero volver, pero no sé aún. (*Cuidadora 9*).

También el motivo económico y la posibilidad de ahorrar dinero para cuando vuelvan, es una de las razones que más pesan en su elección. En el caso de las *Cuidadoras 14* y *3* este era su principal objetivo:

Allí no tenía modo de más plata, así que me vine para acá. Andaba con algún trabajo pues, pero no ganaba. Aquí sí tengo más posibilidades, puedo ahorrar y soñar con una vida mejor. (*Cuidadora 14*).

Me vine el 15 de marzo de 2014, lo recuerdo porque ese día lloré mucho. Tengo una carta verde, permiso de trabajo y residencia. Mi novio vive en Noruega y estamos esperando para que yo pueda ir; vamos ahorrando y aquí era más fácil para mí. En Rumanía teníamos un trabajo de oficina los dos, con estudios, pero ganábamos unos 300€ y no podíamos vivir juntos. Es para nuestro futuro, pero duele... y mucha pena estar separados. (*Cuidadora 3*).

Ellas siempre me comentan situaciones similares. Cada una con su historia y sus matices, pero su objetivo es sacar dinero, conseguir dinero para poder



vivir. Su motivación, vivir, conseguir una vida mejor, poderse comprar el terreno, que yo eso no lo sabía, que, en vez de vivir en pisos, compran el terreno y allí se construyen la casa. La deben ir construyendo planta a planta. El conseguir una casa, una vivienda... (Profesional 9).

#### **7.4.2. Motivaciones para trabajar como cuidadoras.**

Las motivaciones de cada entrevistada para dedicarse a las labores de cuidado pueden clasificarse en dos grandes grupos, los cuales no son excluyentes entre sí: por un lado, están las relacionadas con motivos económicos y, por otro, las que se asocian al carácter vocacional del cuidado.

En primer lugar, el **motivo económico**. Aparece en todos los discursos de las cuidadoras; la inmediatez a la hora de incorporarse a estos puestos y la facilidad para comenzar aún sin contar con permisos y contratos necesarios, hacen que en un primer momento sea su primera elección, aunque posteriormente muchas afirman sentirse realizadas con su trabajo. Para ellas también supone una estabilidad al principio, en el que carecen de residencia o de redes de apoyo, ya que suelen tener la opción (y en ocasiones la obligación) de residir en la misma casa que la persona a la que van a cuidar. La *Cuidadora 1* y la *Cuidadora 9* coinciden:

Económica, ya que, en mi país con un buen trabajo, que era el que yo tenía, cobraba un 30% de lo que cobro aquí, entonces, me compensa este trabajo, que además me permite mandar dinero y ahorrar (...) necesitaba encontrar prontito un trabajo cuando llegué y era lo más fácil. (*Cuidadora 1*).

El motivo es por el dinero. Se gana más aquí y así tengo para cuando me vaya, porque algún día me quiero volver y estar de regreso. Ahorro lo que puedo y vivir mejor allá. (*Cuidadora 9*).

Sí que es verdad que su objetivo al principio era conseguir dinero, para mandar allí para que vivieran bien, pero con el paso del tiempo el objetivo era

intentar traerse a los hijos aquí, para quitarse la dependencia de mandar el dinero, que estudien aquí y sean algo más de lo que soy yo, y yo lo gestiono todo. (Profesional 9).

Algunas cuentan que eligieron este trabajo porque fue el primero que les ofrecieron al poco tiempo de su llegada; les resultaba más fácil acceder a él ya que los empleadores no les exigían tener la documentación en regla. De este modo se aseguraban empezar a ganar dinero lo antes posible a su llegada.

Llevo 5 años. Tardé un tiempito en empezar a trabajar, pero al menos lo encontré. Y en ese momento no me hacía falta tener los papeles para estar con los viejitos y así con eso me quedé el trabajo. Ahorita ya tengo el DNI y todo, permiso de trabajo y residencia también. (Cuidadora 2).

La *Cuidadora 8* además señala otro motivo muy relacionado con el económico: la posibilidad de compaginar sus horarios, ya que, en su caso, su hija pequeña vivía con ella:

Principalmente el motivo es económico porque aquí gano más que en mi país. Y otro motivo era para poder compaginar con el horario de mi hija ya que no tengo familiares aquí. Y que cuando la niña tiene fiesta puedo llevarla conmigo a la casa. (*Cuidadora 8*).

En segundo lugar, estas trabajadoras sitúan su motivación en un plano **vocacional**; se sienten realizadas cuidando y lo viven como algo positivo que les reporta beneficios también en el plano personal. Además, algunas pueden ver reflejadas la situación de sus padres en las personas a las que cuidan e incluso, en ellas mismas y esperan que algún día la sociedad les devuelva lo que ellas han aportado a esas familias.

Me gusta mucho cuidar mayores o niños, es la profesión que yo quería, allí en Colombia era muy feliz cuidando a los viejitos de la residencia (...) Como de eso estudié, pues tuve suerte de trabajar allá. Y lo disfruto, sí, mucho,

porque es lo que me más me gusta, el cuidar y que la gente se ponga buena o si no, pues que al menos hayan estado bien. (*Cuidadora 2*).

Mi motivación siempre ha sido que tengo una madre que quiero y que la veo en ellos de viejita, y me refugio en mis usuarios que ya son parte de mí. También tengo vocación, si no son niños con problemas, son ancianos. (*Cuidadora 15*).

Pero estos motivos no suelen aparecer totalmente aislados: muchas eligen esta profesión en un primer momento movidas por cuestiones económicas, pero acaban disfrutando de su trabajo, tal es el caso de las *Cuidadoras 12 y 18* respectivamente:

Me gusta mucho mi trabajo, me encanta trabajar interna cuidando ancianos. Aunque la crisis me ha influido mucho a elegir este trabajo y quería el dinero. (*Cuidadora 12*).

Me gusta cuidar de ancianos y por el tema económico. (*Cuidadora 18*).

#### **7.4.3. Repercusiones y gratificación el ejercicio del empleo de los cuidados.**

Para el estudio de las **repercusiones** que el cuidado tiene sobre estas trabajadoras, se prescindió del uso de escalas de valoración de la sobrecarga, porque se pretendía obtener unas respuestas más libres y concretas para cada caso particular. Se van a dividir entre repercusiones relacionadas con la salud, tanto física como mental y repercusiones en el área social (familia, ocio, amistades...).

En cuanto a las **repercusiones en el área de salud**, estas cuidadoras refieren haberse visto sometidas en diversas ocasiones a altos niveles de estrés, y muchas de ellas señalan, además, ciertos problemas físicos derivados del esfuerzo que requieren sus tareas cotidianas (Casado-Mejía et al., 2011). No son excluyentes y pueden presentar una combinación de ambos, con diferentes niveles de gravedad y no suelen estar tratadas

médicamente en las debidas condiciones, ni ha podido coger bajas laborales o periodos de descanso.

He comenzado a padecer ansiedad o estrés, lloro sin necesidad a veces y he empezado a fumar, también subidas de tensión y en el plano psicológico es más duro (...). Pero no, yo no he ido al médico ni me tomo nada. (*Cuidadora 1*).

Dolor de espalda y las cervicales horrible, he estado hospitalizada porque las personas pesan mucho y se me descolgó la vejiga de hacer tanta fuerza. Pero cuando salí, otra vez a trabajar, sin descanso y haciendo lo mismo. A veces me estresa mucho el estar tantas horas en una casa, psicológicamente me siento muy mal. Un estrés muy horrible. (*Cuidadora 17*).

Sí, estrés muchísimo, migrañas, me pongo muy nerviosa, tomo muchísimo medicamento (...). Sí, pero no he ido al médico, los compro en la farmacia por mi cuenta. Y las hijas [de su empleadora] me marean muchísimo hay veces que me dan ganas de *mandarlo todo a tomar por culo*." (*Cuidadora 8*).

Las **repercusiones en sus relaciones familiares o sociales y en su ocio**, son también muy acuciadas, puesto que la mayoría de ellas dispone de un tiempo libre muy escaso el cual no les permite disfrutar ni si quiera del descanso adecuado.

He notado muchísimo el cambio me gusta mucho bailar, pero ya no puedo hacerlo. (*Cuidadora 5*).

Mi trabajo no me impide tener contacto con ellos, pero si se ha deteriorado mucho y lo peor es que no puedo ver a mi hijo, lo que hace que discuta con él, aquí tengo a mi hija y ella si me viene a ver. No tengo ocio ni relaciones sociales más que a través de Internet. (*Cuidadora 1*).

Tan solo declaran tener un contacto más fluido si sus familiares viven en la misma zona, o si disponen de acceso a Internet, ya que les facilita la comunicación.

Tengo aquí a mis hijos, hermanas, sobrinas... con lo cual las relaciones se mantienen bien. Con mi familia de allí casi no tengo relación. Y ocio y relaciones sociales poco por el horario que tenemos. (*Cuidadora 11*).

Gracias a Internet sigo manteniendo el contacto y aquí ahora tengo muchos amigos, aunque al principio fue duro empezar de la nada otra vez. Y aquí tengo una tía, así que menos sola. (*Cuidadora 3*).

En cuanto al grado de **satisfacción** que refieren estas cuidadoras, suele ser alto, aunque siempre en función de cuáles fueran sus motivaciones iniciales para ejercer. De este modo, se establece la siguiente relación lógica: aquellas cuidadoras para las cuales su mayor motivación es la económica, encuentran menor satisfacción (o ninguna) que las que han podido elegir esta profesión.

Sí, hay veces que sí porque me imagino que cuido a mi padre y si hoy lo hago por este señor alguien lo hará por mi padre y me siento realizada. (*Cuidadora 5*).

A menudo la felicidad de las personas que cuidas se te contagia y te dan las gracias, me siento muy bien. Me lo paso muy bien, me duele la espalda, pero ellos no tienen la culpa. (*Cuidadora 2*).

## 7.5. Situación laboral.

Es uno de los puntos más delicados de la entrevista, y pese a su relevancia para el análisis, se decidió dejar casi al final de la misma. No siempre es fácil preguntar a alguien sobre su nivel de ingresos, o de la regularidad o no de su situación laboral, aunque en ocasiones ellas mismas iban narrándolo a lo largo de la conversación. No obstante, ha dado lugar a poder extraer algunos datos que reflejan su precaria situación y que van a exponerse a continuación.

### 7.5.1. Forma de acceso al mercado laboral.

En primer lugar, es interesante conocer la **forma a la que acceden a estos puestos de trabajo**, ya que, al no contar con experiencia previa ni formación específica como cuidadoras, contactan con sus empleadores a través de la escasa red que pueden conseguir o tienen anterioridad. Es decir, tal y como vamos a desarrollar a continuación, las redes sociales de estas mujeres van a jugar un papel fundamental a la hora de acceder al empleo (Portes, 1989). Las *Cuidadoras 5, 7, 8 y 11* contactaron a través de amigas que las pusieron en contacto con los empleadores. En los casos de las *Cuidadoras 3, 10* lo hicieron a partir de un familiar que ya estaba trabajando previamente en España y les dio la recomendación –conocidas como redes de tipo étnico, en las que las futuras migrantes se insertan a través de amigos, familiares... (Massey et al, 1998). También está el caso de las cuidadoras que ya habían ejercido en otros hogares y fueron recomendadas por sus propios empleadores, como las *Cuidadoras 4 y 6*.

Gracias a mi tía la llamé desde Rumanía y me consiguió el trabajo.  
(*Cuidadora 3*).

Antes cuidaba a la cuñada de ella, y la familia me presentó a esta señora. Es como si fuéramos en cadena, por conocidas. (*Cuidadora 6*).

En general, existe consenso entre los distintos profesionales a la hora de destacar la importancia de las redes sociales de estas mujeres en dos niveles: por un lado, soporte material, aportando alojamiento, manutención, colaborando en la búsqueda de empleo... pero también soporte inmaterial, que va desde consejos para desenvolverse en la ciudad hasta el apoyo emocional (Aparicio y Tornos, 2005).

Es importantísimo que desde nuestra labor fomentemos la creación y mantenimiento de esas redes. Vienen a los grupos por muchos motivos, pero quedándose por las amistades que hacen entre ellas. Las ves que se ayudan unas a otras, aunque a veces surgen roces y envidias... Pero el ambiente entre ellas es bueno y cuando aparece una recién llegada a España siempre

encuentra apoyo, o si una se queda sin trabajo todas van dando “voces” a conocidos y empleadores a ver si sale otra cosa. (Profesional 8).

Sin embargo, las *Cuidadoras 1 y 2* por ejemplo, que no contaban con redes de apoyo previas a su llegada, lo hicieron a través de servicios dirigidos a mujeres inmigrantes. Los profesionales valoran positivamente la existencia de este tipo de servicios y la creación de bolsas de trabajo específicas para el servicio doméstico.

Lo normal es que la bolsa funcione bien. Siempre vas a encontrar a alguna familia que se crea que ha contratado a una “esclava”, ya me entiendes, pero por lo general se van todos contentos. Las cuidadoras sienten que están más protegidas contra abusos y las familias pierden algunos miedos. Pero hay de todo, desde luego. (Profesional 7).

Llama la atención que muchas de estas cuidadoras que no tenían redes de apoyo fuertes, también accedieron a sus puestos de trabajo a través de agrupaciones religiosas. En este caso, eran servicios ubicados en su parroquia; tal y como señala el estudio del IMSERSO (2005a), constituye un medio frecuente a través del cual los empleadores suelen realizar la búsqueda de trabajadoras y que abordaremos con más detalle en el sub-epígrafe siguiente.

Gracias a una monja que se ponía en contacto con un grupo de mujeres nicaragüenses que vivíamos en la misma casa. Ella por su vocación va a muchas parroquias y conoce a muchas ancianitas que necesitan cuidado y por eso nos puso en contacto (*Cuidadora 1*).

Así pues, puede observarse como el “boca a boca” es el método más común a través del cual estas mujeres acceden a sus puestos de trabajo. Este resultado coincide nuevamente con el realizado por el del IMSERSO (2005a), en el que se señala que los inmigrantes utilizan primero sus recursos en las redes privadas para acceder a los empleos.

Una amiga me recomendó a la residencia y desde entonces voy haciendo los veranos. El resto del año, como las familias de la residencia me iban conociendo, me iban recomendando a amigas o me voy con algún familiar de esas mismas si está enfermo. (*Cuidadora 11*).

Trabaje con un señor que me recomendó para esta pareja a través de la hija de estos. Bueno, suena complicado, pero así vamos tirando; de lo que se va corriendo la voz, vamos trabajando. (*Cuidadora 4*).

- ***Agrupaciones religiosas como puerta de acceso laboral para las cuidadoras inmigrantes en Aragón.***

Es interesante hacer una parada breve en el texto para profundizar más en la función de las organizaciones religiosas a la hora de facilitar la inserción social y laboral de estas mujeres.

Desde que comienzan a intensificarse los flujos migratorios con destino a España, las agrupaciones religiosas han jugado un papel fundamental a la hora de acoger a los ciudadanos de origen extranjero, compaginando su labor espiritual y social y, en concreto, facilitando puestos de trabajo a mujeres como cuidadoras o domésticas (Escrivá, 2008). Sin embargo, esta relación no es nueva, pues desde los siglos XVIII y XIX ya se tenía constancia del uso de las instituciones religiosas como mediadoras entre la burguesía y las “sirvientas” (Martínez-Buján, 2010).

Dentro de esa acción social que desarrollan las confesiones religiosas (bien directamente o bien a través de alguna ONG adscrita a las mismas) existe una función que en los actuales momentos de crisis económica, se vuelve imprescindible: facilitan la inserción laboral para los inmigrantes generando recursos para el empleo, siendo de especial interés para las mujeres que van a incorporarse al mercado de los cuidados; en concreto, para aquellas que se encuentran en situación irregular, suponen su única vía de



acceso a los recursos (Valencia, 2011). Es decir, las agrupaciones religiosas “se convierten así en un canal de distribución del flujo migratorio propiciando migraciones interiores de mujeres extranjeras” (Martínez-Buján, 2010:209).

Al llegar no encontraba trabajo. Buscaba, pero nada. Siempre he sido creyente, pero tampoco participo ni aquí, ni allí. Fui por costumbre, o porque se sabe que en los sitios religiosos ayudan a los pobres. Y yo tenía mucha necesidad entonces, además que no conocía a nadie y solo se me ocurrió que podía ir allí a ver. Incluso me propusieron trabajar en unos pueblos, pero al final salió aquí. (*Cuidadora 13*).

Estas agrupaciones se configuran desde una perspectiva mixta, puesto que combinan la formalidad de las empresas organizadas, cuando lo hacen bajo la forma de ONG, y la informalidad que ofrecen desde las congregaciones religiosas que operan desde la cercanía y familiaridad con los interlocutores y, en ambos casos, ofreciendo sus servicios sin contraprestaciones (Rodríguez, 2012). Por otro lado, existe consenso a la hora de identificar a estas agrupaciones como merecedoras de confianza por parte de las familias en el momento de buscar una cuidadora; de igual modo estas trabajadoras extranjeras también se muestran especialmente seguras usando estos recursos ya que les ofrecen unas garantías mínimas de tipo laboral (IMSERSO, 2005a).

Viene un poco de todo, y de aquí las derivamos a otros servicios porque somos de barrio. Nosotros somos el portal de acceso, porque ellas necesitan muchas cosas a su llegada, tratamos de acogerlas y aconsejarlas. Como somos del barrio, si sabemos de alguna persona que necesita alguien para cuidar, podemos poner en contacto, pero tenemos algunas malas experiencias y desde aquí tratamos de no recomendar a nadie para que se meta en la casa de alguien si no las conocemos bastante. Si ya hay relación, si las conocemos de tiempo, porque van a la parroquia o lo que sea, entonces, a lo mejor sí. Y luego las vemos que acompañan a misa a la persona que cuidan y ya vienen juntas, y es un gozo. (*Profesional 1*).

En definitiva, es importante destacar que las comunidades religiosas terminan siendo un vehículo importante de transmisión para la integración social de los inmigrantes, a nivel social, laboral, al tiempo que fomentan la visibilización de las minorías (Del Olmo, 2009). Tanto para las familias demandantes de cuidados como para las trabajadoras, estas asociaciones suponen una garantía a la hora de establecer una relación laboral satisfactoria. Pero no solo eso, estas formaciones son, en gran medida, una importante fuente de apoyo espiritual y social para las cuidadoras, que encuentran en ellas la posibilidad de formar redes de solidaridad, amistad, e incluso laborales, facilitando su proceso migratorio, adaptación e integración.

### 7.5.2. Condiciones laborales.

Durante el transcurso de esta investigación ya se han ido apuntando las pésimas **condiciones laborales** que por lo general sufren estas trabajadoras (Galiana-Gómez et al., 2008; Marcu, 2009). Salvo las *Cuidadoras 7 y 11* que trabajan en empresas (servicio a domicilio y residencia), el resto o no tenían contratos o no cumplían las condiciones exigidas por la Ley española en contratos del servicio doméstico. En cuestión de retribución, no suelen encontrarse satisfechas con su nivel de ingresos. El caso de las *Cuidadora 8* expone bastante bien la precariedad y la irregularidad que comentan los distintos profesionales consultados. La *Cuidadora 1* además, añade a su discurso otra característica importante, pues no conoce en absoluto qué tipo de contrato tiene, ni a qué régimen se encuentra inscrita.

Cobro 500€ *de mierda* por 6 horas al día, me parece una pena y ahora resulta que mi contrato no es válido porque lo hizo el hijo que es abogado e hizo que lo firmara la mujer con alzhéimer para que no valiera. (*Cuidadora 8*).

Contrato por un año, pero no sé de qué tipo. Sí que pago seguridad social 150€ y la verdad es que no sé nada más (...). No, no sé dónde estoy inscrita y no he leído el contrato, ni si es válido ni nada. Cuando empecé firmé papeles y poco más. Cobro 850€ al mes, por la jornada de 24 horas todos los días y sin descanso, y de ahí pago los 150€. Es que me han dicho que igual son ellos

los que tienen que pagarme la seguridad social... Tengo que ir a informarme. (Cuidadora 1).

Recibimos a mujeres inmigrantes que trabajan en el servicio doméstico con todo tipo de problemáticas relacionadas con su contrato. Bueno, digo contrato en el mejor de los casos, que muchas ni eso. Sus empleadores no respetan las normas sobre descanso, remuneración, pagos a la seguridad social... y esto solo para empezar a hablar (...). Como va por subvenciones, se supone que solo puedo atender a las que están “legales administrativamente hablando”, pero mientras podamos, como mínimo, asesoramos todos los casos y les decimos cómo pueden hacer un contrato legal. (Profesional 12).

Se comprueba así las denuncias de diferentes entidades que trabajan en contacto con estas mujeres “domésticas”. Sus precarias condiciones laborales contribuyen a favorecer más aún la situación de exclusión que sufren por su condición de inmigrantes y de mujeres, las cuales, además, ejercen un trabajo invisible y escasamente reconocido por la sociedad (como veremos en el siguiente apartado).

Salvo si están cuidando a través de algún tipo de empresa, existe la **duplicidad en los cuidados**; en función de si están internas en la casa o no, tratan de buscar otro trabajo nocturno. En general refieren que prefieren estar internas en una casa, aunque eso suponga menos ingresos, pero al menos, dicen, no tienen que pagar un alquiler completo, o les basta con una habitación para los fines de semana o los días libres.

Sí, cuido a otro señor mayor por las noches. Me pagan por todas las noches del mes 150€, pero así tengo dónde dormir. Aunque no consigo dormir porque hay que atenderle, si se levanta, si está malo, si quiere agua... Estoy más de 8 horas trabajando con la señora y luego otras 8 o más con el señor. Y no duermo mucho porque no me da para descansar. (Cuidadora 2).

Ahora estoy por horas. Gano poco. Tengo muchas ganas de ser interna, como mi prima. Se ahorra porque ahora tengo alquiler. De interna no tendré

alquiler. Gasto en comida y recibos, de interna no. Es lo que quiero.  
(*Cuidadora 18*).

### 7.6. Necesidades y demandas expresadas.

La primera cuestión que introduce este bloque de preguntas en las entrevistas, hace referencia a su percepción de **reconocimiento social**, puesto que tal y como se ha explicado anteriormente, estas cuidadoras ejercen su labor de manera invisible para la sociedad y muchas de sus necesidades no expresadas, parten de esa falta de compromiso público (Acosta, 2013). Por diversas circunstancias, no todas entienden bien el significado de esta pregunta (en ocasiones las dificultades en el lenguaje impiden que algunos términos sean bien comprendidos) pero, aun así, hay algunas respuestas interesantes. En general, se puede decir que ellas sienten que la sociedad en su conjunto, no valora su trabajo adecuadamente.

Ahora trabajo en una empresa de cuidados, y por su parte no está recompensado económicamente, los usuarios sí que generalmente reconocen el trabajo, aunque hay alguno que no. La sociedad no cree que nuestro trabajo sea importante, porque hay que implicarse, aprender a convivir con una persona, y eso no lo ven. Sería un paso para nosotras que se nos reconociera socialmente. (*Cuidadora 7*).

Por la familia tendrían que decirlo ellos, y por la sociedad no mucho porque es el menos valorado y menos pagado, tendría que ser lo contrario porque es de los trabajos más sufridos ya que hay que cargar con peso y no solo sentarte en un ordenador. (*Cuidadora 9*).

Cabe resaltar la respuesta de una joven socióloga, que resaltaba el escaso apoyo recibido de su familia y amigos en Rumanía cuando les comunicó que iba a ser cuidadora. Una vez fuera de la entrevista se expresaba en términos muy duros contra aquellos que criticaban su trabajo. Según ella misma comentó, esto parte en buena medida de “la

división patriarcal del trabajo”, como ella le llamaba, y a la escasa conciencia social y política frente a la necesidad de los cuidados. Estas palabras tuyas quedaron registradas durante la conversación:

Yo misma al principio no lo veía bien porque yo tengo mucha formación para acabar trabajando de esto; pero ahora me da igual lo que dicen los demás y yo he cambiado de forma de pensar. He aprendido que trabajar cuidando no es tan negativo, ni es nada humillante y estoy feliz. (*Cuidadora 3*).

En muchas ocasiones lo comentamos aquí en el trabajo. No se valora nada, ni el que hacen estas mujeres ni el que han venido haciendo gratis las mujeres toda la vida. Si se valorara, no se darían las situaciones de abuso que tenemos que ver cada día... Los empleadores pagarían un precio justo porque socialmente estaría mal visto explotarlas, pero a la vez, habría más servicios públicos para que las familias pudieran conciliar... pero esto es lo que hay y ha habido siempre. Hay que luchar en esa dirección. (*Profesional 2*).

En función de la posición social y económica de la persona a la que están cuidando, pueden llegar a identificar algunas **necesidades específicas para los mayores dependientes**. Si la trabajadora se encuentra en el seno de una familia adinerada, no suelen señalar ninguna necesidad, porque generalmente explican que esa persona cuenta con más apoyos, su casa está adaptada y no tienen ningún tipo de carencia. Sin embargo, si los recursos del mayor son más reducidos, sí comentan la importancia de recibir más ayudas.

Necesita prestación económica porque la casa no está adaptada. Me gustaría que le ayudaran. (*Cuidadora 2*).

Para mi manera de pensar, en una residencia tienen que pagar más y depende de la residencia, pero hay una chica para cada 16 ancianos, con lo cual está mejor así. Debería de haber alguna ley para ver lo que cobra de pensión y así darle alguna ayuda para los gastos. De todas formas, la familia de ella, aunque

no sean gente que no tiene, buscan lo barato... haría falta alguna inspección, porque solo buscaban a gente sin papeles... (*Cuidadora 8*).

Aunque independientemente de los recursos que posea la persona a la que cuidan, muchas reclaman que la familia y entorno más cercano se implicasen más en las tareas de cuidado y afecto. Las *Cuidadoras 10* y *7* comentaban lo siguiente:

Necesitaría una persona interna que hiciera más horas y que sus hijos se encargaran más de él y hacer algún sacrificio para que el hombre pueda disfrutar un poco. (*Cuidadora 10*).

Para mí necesitan un poco más de implicación de los familiares, porque es imposible que mejoren o que yo les pueda dar todo el cariño y hacerles trabajar en 3 horas. Dejan todo el trabajo para la rehabilitadora sin que ellos se impliquen. (*Cuidadora 7*).

En cuanto a sus **necesidades específicas como cuidadoras**, suelen manifestarse en términos de mejoras en sus condiciones laborales y conseguir “un contrato en condiciones” como manifestaba la *Cuidadora 8*.

Si yo enfermo no puedo coger paro porque no está en la ley y eso que yo pago lo legal a la seguridad social igual que cualquier otro trabajador. Querría que cambie la ley y tener derecho a las mismas cosas que tienen los demás. (*Cuidadora 4*).

Yo me siento ya muy cansada y necesito ayuda, además duermo muy mal porque ella se levanta continuamente y me hace levantarme a mí. Tener tiempo de descansar tranquila un fin de semana, pero no lo hago por no dejar sola a la mujer que cuido. (*Cuidadora 9*).

Si yo tuviera que ponerme en su lugar y decir qué es lo que necesitaría, te diría sin duda que una mejora en la legislación sobre el servicio doméstico. Comenzar a considerarlo con el trabajo que es y legislarlo acorde con eso. O

sea, darles los mismos derechos que otros trabajadores, por ejemplo, derecho a paro. Darles la protección jurídica que como trabajadoras merecen. (*Profesional 5*).

Tanto las cuidadoras como yo misma, vemos que otra de las cosas necesarias sería que estas mujeres tuvieran más acceso al espacio público, poder salir de las casas en las que están internas y relacionarse más. Otras cosas vendrían de que pudieran tener más facilidad para reagrupar y estar con sus familias, o de retornar fácilmente si ellas lo solicitaran...pero es que todavía queda tanto... (*Profesional 4*).

### 7.7. Reflexiones finales.

La inmigración en España ha contribuido notablemente a mitigar los efectos de la llamada crisis del cuidado informal; en concreto, las trabajadoras inmigrantes han contribuido notablemente en el cuidado a personas mayores en situación de dependencia, dada su disponibilidad para trabajar en el seno de los hogares (Robledo, Martín-Crespo y Salamanca, 2008). Y aunque la crisis sistémica ha incidido especialmente en este colectivo, resulta necesario conocer cuál es su situación actual y qué tipo de cuidados a personas mayores están desarrollando.

*Primero.* En su mayoría, son mujeres de mediana edad y solteras o divorciada, con diferentes niveles de estudios (que no siempre pueden homologar en España). El tiempo de residencia en España es muy variado, y casi todas cuentan con permisos de trabajo. No suelen contar con formación sobre cuidados o sanitaria y suele ser su primer contacto con personas dependientes.

*Segundo.* Las personas a las que están cuidando tienen una edad avanzada, por encima de los 75 años, que padecen enfermedades degenerativas.

*Tercero.* Predominan los puestos de internas o intensivos, en los que van a dedicar largas jornadas laborales ininterrumpidas. Realizan todo tipo de labores de tareas de cuidado.

*Cuarto.* Las principales motivaciones que encuentran para cuidar son la económica y la vocación para el cuidado.

*Quinto.* Estas cuidadoras refieren diferentes repercusiones a nivel físico/mental y social.

*Sexto.* Las TIC facilitan la comunicación con sus allegados, pero reconocen una pérdida en cuanto a la frecuencia e intensidad de sus relaciones.

*Séptimo.* Debido del escaso tiempo libre del que disponen, se han visto obligadas a abandonar casi por completo toda actividad de ocio.

*Octavo.* Las cuidadoras que han podido elegir esta profesión se sienten más satisfechas con su trabajo que aquellas que no han tenido elección.

*Noveno.* Acceden al trabajo de cuidadoras fundamentalmente a través de su red de apoyo.

*Décimo.* Destacan las precarias condiciones laborales que sufren.

*Undécimo.* El reconocimiento social que reciben estas cuidadoras es escaso, y una vez más se reafirma la invisibilización del cuidado.

Las necesidades de estas cuidadoras, según ellas mismas manifiestan, pasan por mejorar sus condiciones laborales. Sus peticiones suelen estar relacionadas, de manera más o menos implícita, por mejorar su nivel de ingresos, que sus horas de descanso sean respetadas, vacaciones y otra serie de cuestiones de las que carecen, como derecho a paro. Son peticiones que, sin duda, repercutirían positivamente en el conjunto de la sociedad, pues mejorarían la calidad del cuidado de las personas mayores en situación de dependencia, mejoraría el mercado de trabajo y, por supuesto, mejoraría la situación de las propias cuidadoras.





---

**CAPÍTULO 8: La huella de las migraciones  
femeninas en las familias nicaragüenses.**

---

Y estábamos solos,  
a la luz de luna argentina,  
dulce,  
¡una bella luna de aquellas del país de Nicaragua!

*Rubén Darío (Ciudad Darío, 1867 – León, 1916).  
Fragmento de su libro: Azul...*

## **8. LA DEMANDA DE CUIDADOS EN ESPAÑA Y SU IMPACTO EN LAS FAMILIAS NICARAGÜENSES.**

---

Durante el desarrollo de esta tesis se está constando cómo “la dependencia” se está convirtiendo en nicho laboral para las cuidadoras inmigrantes, llegando a producirse el fenómeno mencionado anteriormente, conocido como “feminización de las migraciones”. Al mismo tiempo, estos flujos migratorios femeninos están dando lugar a la aparición de nuevos fenómenos sociales que repercuten, tanto en las propias mujeres migrantes, como en sus familias que permanecen en sus lugares de origen; algunos de los más relevantes serían las “cadenas globales de cuidados” (Hochschild, 2001), la “circulación de cuidados” (Baldassar y Merla 2014), las “familias transnacionales” (Pribilsky, 2004) o la “maternidad en la distancia” (Hernández-Cordero, 2015).

La incorporación de las mujeres centroamericanas al mercado de cuidados español es relativamente reciente y está llegando a alcanzar gran relevancia dentro de los flujos migratorios que llegan a nuestro país (Hernández-Cordero, 2016). Históricamente, la migración centroamericana se dirigía hacia Estados Unidos, pero la fuerte demanda en el sector de los cuidados, unida a la inseguridad de las migraciones hacia EE.UU., ha redirigido esos flujos a España (Castillo, 2000; Belausteguigoitia y Melgar, 2007).

Los objetivos de este capítulo son conocer cómo influyen en las familias que permanecen en destino las migraciones de mujeres nicaragüenses que se dirigen a España para incorporarse al sector laboral de los cuidados, conformando las conocidas como familias transnacionales. Para ello se parte de una breve descripción del contexto nicaragüense y de las principales características de estas familias, antes de la emigración

hacia España. Se contrastan las características del cuidado que ejercen las cuidadoras nicaragüenses en España con la perspectiva de las familias en origen. Merecen especial atención el papel que juegan las remesas para las familias, la reorganización de la familia, así como las nuevas vías de comunicación y mantenimiento de los vínculos afectivos en la distancia. Se finaliza el este apartado señalando cuáles son las necesidades y demandas expresadas por estas familias.

### 8.1. Nota metodológica.

Antes de avanzar en el análisis, conviene realizar un breve apunte metodológico. Para el desarrollo de este capítulo se parte del trabajo de campo realizado en Nicaragua, en concreto en los departamentos de León (en los municipios de León, El Sauce y Achuapa) y Chinandega (en los municipios de Chinandega y El Viejo). Se han analizado 6 entrevistas abiertas a profesionales nicaragüenses, 25 fichas de observación y 20 entrevistas semi-estructuradas efectuadas a familias en las que al menos uno de sus miembros había emigrado a España y estaba trabajando actualmente como cuidadora de personas mayores en situación de dependencia.

A través de estas entrevistas se pretende conocer la percepción estas familias tienen sobre sí mismas a ambos lados del océano, así como sus estrategias preferidas para mantener fuertes los vínculos entre sus componentes, a pesar de la distancia. Para ello, se ha procedido a realizar un análisis de discurso cualitativo.

En el *Capítulo 2. Metodología*, se puede consultar la *Tabla 3. Características de las familias participantes en el estudio* en la que se pueden consultar las principales características de las familias nicaragüenses entrevistadas. También se puede consultar la *Tabla 4. Características de los profesionales nicaragüenses participantes en el estudio*. Además, el *ANEXO V. Guion de entrevista semi-estructurada correspondiente al Objetivo D: familias en origen (Nicaragua)*, y el *ANEXO VI. Guion de entrevista abierta a profesionales en León y Chinandega (Nicaragua)*, permiten consultar los guiones de las entrevistas que se han aplicado durante el trabajo de campo.

## 8.2. El contexto nicaragüense<sup>73</sup>.

La República de Nicaragua es un país centroamericano que cuenta con 6.393.824 habitantes<sup>74</sup> y una superficie de 130.373,47 km<sup>2</sup>, repartidos en 15 departamentos y 2 regiones autónomas; su capital es Managua y su idioma oficial es el español, junto con el inglés criollo nicaragüense, el misquito, el Sumu, el Garífauna y el Rama (ver *Figura 3. Mapa de Nicaragua*).

Figura 3. Mapa de Nicaragua.



Fuente: Datos del mapa © 2018 Google, INEG.

Según el Banco Central de Nicaragua (2017), el producto interior bruto per cápita era de 2.160,6 (dólares estadounidenses), el más bajo de toda Centroamérica; además, la inflación es la más alta de todos los países centroamericanos, siendo del 5,7% en el año 2017. Para ese mismo año, su Deuda pública externa a PIB suponía el 40,1%, la más alta de toda Centroamérica. Por otro lado, las remesas en el 2017 supusieron para Nicaragua 1.390,8 millones de dólares estadounidenses. El salario medio nicaragüense,

<sup>73</sup> En los últimos meses de redacción de esta tesis doctoral están sucediendo en Nicaragua una serie de acontecimientos violentos que, sin duda, están marcando el devenir de este país. Quiero expresar mi solidaridad con todo el pueblo nicaragüense, deseando que se restaure pronto la paz y el consenso social.

<sup>74</sup> Datos del 2017, según el Anuario Estadístico de Nicaragua, 2016-2018 (INIDE, 2016).

según sectores oscila entre 109,25 US\$ (sector agropecuario) y 244,49 US\$ (sector de la construcción y sector financiero y de seguros), mientras que su canasta básica de la compra equivale a unos 394,77 US\$. Algunas de sus cifras sociodemográficas más relevantes, según el INIDE (2018), son:

Tabla 19. Datos sociodemográficos en Nicaragua (por quinquenios 2000-2020).

INDICADORES DEMOGRÁFICOS	QUINQUENIOS			
	2000-05	2005-10	2010-15	2015-20
<b>Fecundidad</b>				
Nacimientos Anuales B (en miles)	138.58	140.11	138.99	133.49
Tasa Bruta de Natalidad b (por mil)	26.28	24.87	23.17	21.02
Tasa Global de Fecundidad	3.00	2.76	2.54	2.37
Tasa Bruta de Reproducción	1.46	1.34	1.24	1.16
Tasa Neta de Reproducción	1.39	1.29	1.20	1.12
<b>Mortalidad</b>				
Muertes Anuales D (en miles)	26.59	26.89	27.85	29.74
Tasa Bruta de Mortalidad (por mil)	5.04	4.77	4.64	4.68
Esperanza de vida al nacer:				
Ambos Sexos	70.82	72.8	74.51	75.66
Hombres	67.97	69.91	71.51	72.59
Mujeres	73.82	76.02	77.60	78.88
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)	26.40	21.50	18.10	15.90
<b>Crecimiento Natural</b>				
Crecimiento Anual: B-D (en miles)	111.99	113.22	111.14	103.75
Tasa de Crecimiento Natural (por mil)	21.24	20.10	18.53	6.34
<b>Migración</b>				
Migración Anual: M (en miles)	-41.28	-40.00	-38.00	-36.00
Tasa de Migración: m (por mil)	-7.83	-7.10	-6.34	-5.67
<b>Crecimiento Total</b>				
Crecimiento Anual: B-D+(-) M (en miles)	70.71	73.22	73.14	67.75
Tasa de Crecimiento Total: r (por mil)	13.41	13.00	12.19	10.67

Fuente: Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE, 2018).

El trabajo de campo se desarrolló en dos departamentos, León y Chinandega. Para el 2016 (INIDE, 2018), el departamento de Chinandega cuenta con una población de 429.557 habitantes, la mayoría jóvenes (entre 0 y 34) suponiendo el 68,16 % de su población. El departamento de León cuenta con 410.860 habitantes, también de mayoría joven siendo el 64,88% de su población.

### 8.3. Características socio-demográficas de la mujer migrante y situación de la familia en origen.

Para facilitar la lectura de estos apartados, se incluye en el *Anexo XII* la *Tabla 28. Principales características de las entrevistas a familias en Nicaragua*<sup>75</sup> y la *Tabla 29. Principales datos recogidos a través de la ficha de observación*, en las que se detallan los aspectos más relevantes que se desarrollarán en este capítulo.

#### 8.3.1. Perfil de la mujer migrante y su situación en España.

Tal y como se ha ido adelantando a lo largo de esta investigación, en el contexto nicaragüense, son en su mayoría mujeres las que han decidido emigrar con destino a España para dedicarse al sector del cuidado y el servicio doméstico. El hecho de que sean **mayoritariamente mujeres** las que emigran es especialmente relevante, ya que la jefatura del hogar corresponde por lo general a una mujer; esto no se debe a que hayan abandonado el modelo patriarcal, si no a que ha aumentado el número de familias monoparentales cuya jefatura la ejerce una mujer (Barahona, 2006). Esta jefatura del hogar feminizada, a menudo suele enmascarar una situación de pobreza o desigualdad social (Zabala y Programa FLACSO-CUBA, 2004). Es frecuente que las familias con menores ingresos se reúnan en torno a la figura materna, conviviendo con hijos de diferentes padres y varias generaciones (Fernández-Poncela, 1999). La mujer es la encargada del cuidado y las tareas domésticas, incluso si esa misma mujer es la que decide emigrar, suele ser otra mujer la que quede a cargo del hogar (Pritchard, 1999; Bianchi,

---

<sup>75</sup> Dicha *Tabla 8.2.* complementa y detalla la información de la *Tabla 3. Características de las familias nicaragüenses participantes en el estudio.* Además, conviene revisar la *Tabla 4. Características de los profesionales nicaragüenses participantes en el estudio.*

González-Rábago y Piars, 2015). Debido a esto, la reconfiguración del hogar en origen que sufren estas familias, como se irá desarrollando, será compleja.

Desde que tengo recuerdo mi mamá se ha encargado de todo. Mi papá no ha estado, no le puedo decir. Ella se andaba mirando siempre por todo de la casa y era la que trabajaba. Cuando se fue yo era pequeña y primero nos dejaron a cargo de mí tía [...]. Ahorita yo lo hago todo más, aunque mi mamá también controla todo, aunque esté lejos (*Familia 7*).

Yo tenía trabajos en unos camiones, llevaba la mercancía, manejaba... Pero a veces me quedaba sin los trabajos. Pero siempre fue ella la que se encargó de la casa y el dinero más bien ella que yo, pero porque ella hacía la compra y andaba cuidando de los gastos. Y ella también trabajaba, hacía costura (*Familia 9*).

Mi hija y yo siempre hemos dispuesto. La una o la otra, cada cual en su casa al principio. Pero luego ella se separó, me dejó a mi nieta y se marchó, pues. Pero ya antes de eso. Acá la que se encarga siempre es la mujer, que siempre mira por su familia y sus chavalos<sup>76</sup> (*Familia 18*).

El estado civil de estas mujeres emigradas es variado, desde solteras hasta viudas, aunque la mayoría de ellas está separada o divorciada, algunas casadas en segundas nupcias. Todas las familias entrevistadas se declaran creyentes, de fe cristiana (católicos y evangélicos mayoritariamente) y refieren que su familiar emigrada también lo es y que asiste a alguna parroquia en España todas las semanas.

Sí, mi mamá nos dice que ella va todas las semanas, los sábados tiene los rezos. Es el día que tiene libre y ve a otras nicas que viven en esa ciudad (*Familia 10*).

---

<sup>76</sup> Chavalos o chavalos: utilizada en Nicaragua para referirse a un muchacho joven.



Mi familia es evangélica, todos lo somos. Yo creo que fue de lo primero que hizo, andar al culto que había allá. Conoce a la gente y tiene una prima que también va, así que sigue en la fe (*Familia 16*).

El tiempo que estas mujeres llevan en España no es muy largo, ninguna familia habla de más de 8 o 9 años de estancia en el país, desconociendo, la mayoría, la situación administrativa de ellas, si tienen permisos de residencia o de trabajo; ninguna familia refiere que estas mujeres hayan conseguido la nacionalidad española.

Yo de esas cosas de papeles, como les llaman, poco le puedo decir, nos cuenta poco de eso y prefiero no contar tampoco, no sé tampoco. Sé que miraba para sacarse unos permisos, pero tiene solo 2 años [*de estancia en España*] y no sé cómo anda tampoco (*Familia 5*).

Ella se separó de su marido y se volvió a casar, pero al poco no fue bien y se fue a España. Pues la familia en la que trabaja le dijo que le haría unos papeles y estaba muy contenta, pero no sabemos, no entendemos de eso (...). No, la nacionalidad no creo, porque ya lleva un tiempito, los 7 años creo que tiene allá y creo que quiere volver acá ya, pues (*Familia 20*).

Las familias no quieren hablar mucho de sus familiares emigrados. Son muchos años de vivencias de migraciones. En Nicaragua es muy común tener hijos o padres en EE.UU. o en Costa Rica y otros sitios. La gente cuenta poco por el miedo a que les puedan deportar y las familias saben poco de la situación legal de sus parientes (*Profesional nicaragüense 5*).

La edad de estas mujeres nicaragüenses oscila **entre los 21 años y los 55**, aunque la mayoría se sitúa en la treintena. Muchas de ellas han tenido hijos antes de su marcha hacia España. Una característica de la natalidad en Nicaragua, es la baja edad en la que una mujer tiene a su primer hijo es baja, siendo frecuente ser madre entre los 16 y los 22 años (Casaús y García, 2009). Los datos desagregados en de las encuestas ENDESA 2006/7 y ENDESA 2011/12, confirman esta realidad (INIDE-MINSA, 2014):

Tabla 20. Indicadores de Fecundidad comparados. ENDESA 2006/7 y ENDESA 2011/12.

<b>Indicadores Fecundidad</b>	<b>2006/07</b>	<b>2011/12</b>
- Fecundidad Tasa global de fecundidad	2.7	2.4
- Tasa global de fecundidad deseada	2.3	1.8
- Edad mediana de las mujeres de 15-49 años, a su primera relación sexual	17.4	16.8
- Porcentaje de mujeres actualmente embarazadas de 15 - 49 años	5.2	4.8
- Porcentaje de adolescentes de 15-19 años que alguna vez han estado embarazadas	25.9	24.4
- Número promedio de niños nacidos vivos de mujeres 45 a 49 años	5.2	4.6
- Porcentaje de las mujeres actualmente unidas que actualmente usan un método anticonceptivo	72.4	80.4

*Fuente: INIDE-MINSA, 2014.*

Siempre se van las jóvenes. Las que tienen edad de trabajar y tener hijos, igual que varones. Esto puede ser preocupante, veremos qué consecuencias demográficas tiene, recaudar impuestos, pensiones... Aunque en Nicaragua siempre ha habido muchas migraciones, todo tiene su consecuencia (*Profesional nicaragüense 3*).

Mi hija se quedó embarazada con 17 y lo tuvo en los 18. Era chiquita sí. Al principio su papá sí estaba con la niña, pero ya no siguieron en la relación. Mi otro nietito tiene otro papá, pero cuando mi hija se marchó a España, yo creo que la relación tampoco iba a seguir (*Familia 1*).

Ella tuvo los hijos pronto, el primero con 19 y el otro con 21. Sí, acá esto pasa, yo también fui madre joven, no te andas esperando. Su papá está con nosotros, trabaja mucho, pero yo me encargo bien de la casa y los chavalos (*Familia 17*).

Acá en el CIDS se trabaja, se investiga y se enseña sobre educación sexual y salud reproductora. Se llama el país de las niñas madre en los medios, y sabemos que hay que proporcionar los medios anticonceptivos, pero desde

otros lados se lleva a la maternidad temprana. No hay abortos, hay pocos medios para anticonceptivos y hay muchas creencias pues. Pues más allá, hay que mirar por el bien de las familias (*Profesional nicaragüense 2*).

Una característica importante es que 13 de las 20 familias entrevistadas, habían elegido Zaragoza y su provincia como destino en España. El resto se distribuían entre Madrid, Barcelona y Bilbao. La elección del destino, según las familias, se debía a tener contactos previos con otros familiares y conocidos que habían emigrado en primer lugar.

Yo sé que se fue porque en esta cuadra<sup>77</sup> se han ido otros a Zaragoza. Se cuentan unas y otras y van. Yo le dije “ándate a Zaragoza que tienes una tía” y yo me quedo tranquila (*Familia 2*).

Al principio llegó a Madrid, pero no tenía casa, trabajo... Una de las hijas de la vecina estaba en Zaragoza y le dejó un cuarto para de mientras se miraba un trabajo. Así que ahorita están allá (*Familia 3*).

Las migraciones centroamericanas con destino en España, en contraposición con las migraciones hacia Estados Unidos, tienen un importante componente de “seguridad”, entendida en dos sentidos: 1) el camino que deben recorrer hacia EE.UU. es potencialmente peligroso (Hobbs y Jameson, 2012) y, a menudo, está controlado por mafias que trafican con seres humanos y, en ocasiones, pueden enfrentarse a situaciones violentas (García-Vázquez, Gaxiola, y Guajardo, 2007). Por el contrario, los peligros en el trayecto a España son menores, aunque tampoco están libres de posibles redes de traficantes. 2) El viaje con destino EE. UU se suele realizar por vía terrestre, lo que abarata los costes de transporte e incluso, posibilita la vuelta al país de origen si no se consiguen los objetivos migratorios. En el caso de las migraciones nicaragüenses a Costa Rica, este efecto de posibilidad de retorno se intensifica más por la proximidad geográfica entre ambos países (Prunier, 2011). En cambio, el viaje hacia España se realiza casi siempre por vía aérea y elevando los costes de transporte, con lo que, en ocasiones, dejan deudas a sus familias y a posibles acreedores, de forma que, si deciden emprender el viaje, procuran hacerlo con la seguridad de que van a tener un trabajo y un hogar a su llegada,

---

<sup>77</sup> Cuadra: utilizada en Nicaragua para referirse a una zona urbanística, generalmente, una manzana.

sirviéndose para ellos de los recursos de sus redes de apoyo en destino (Cerruti y Maguid, 2010).

La principal diferencia que noto yo, sí, tiene que ver con esa sensación de seguridad. Cuando acá alguien dice que se va a Costa Rica, si no tienen suerte pronto, se vuelve, porque por carretera desde León tienes como 4 o 5 horas. Hacia los Estados Unidos se ha vuelto como más peligroso, hay maras, hay traficantes... y cuando llegas hay que conseguir quedarse, pero es verdad que el que va a los Estados también intenta quedarse más tiempo. Pero es verdad, cuando oyes a esas familias hablar, se confirma que es más seguro, porque ya van con casa y hasta con una idea de qué van a trabajar... y no tienen los peligros del trayecto (*Profesional nicaragüense 1*).

Aunque por lo general, y coincidiendo con esa idea de “seguridad”, todas las familias cuentan que, en un inicio, la mujer emigrante se iba a quedar en casa de algún familiar o conocido, a largo plazo la vivienda y la forma de convivencia mayoritaria de estas mujeres migrantes es diversa y dependerá en gran medida del tipo de relación laboral que tenga en España, es decir, las que trabajan como internas habitualmente residen en el domicilio de la persona a la que cuidan.

Está con la señora a la que cuida, vive allí. Al principio tenía un cuarto o un hostel, pero ahora vive con la señora y ahorra más (...). Sí, está pensando rentar un cuarto, porque quiere dejar ese trabajo y que sean menos horas, pues no le sale todavía (*Familia 4*).

Al llegar a Zaragoza se fue con una tía, bueno, que no es tía pues, es vecina, pero como si tía (...). Y los primeros años estuvo en la casa de un señor que lo cuidaba, creo que fue en el segundo trabajo, porque antes limpiaba una casa. Y ahorita vive con un amigo, que es su pareja (...). Están de alquiler, los dos solos (*Familia 12*).

Coincidiendo con el perfil mayoritario de las mujeres cuidadoras en España, las migrantes nicaragüenses tienen un nivel educativo muy diverso, que va desde la

formación básica hasta estudios superiores y universitarios; presentan dificultades para convalidar sus titulaciones en destino. Además, no suelen contar con formación específica en el ámbito de la salud o los cuidados a personas dependientes, aunque suelen tener experiencia en el cuidado en general, especialmente si son madres. Algunas familias entrevistadas señalan que estas mujeres han recibido algún curso o formación específica a su llegada a España.

Mi hermana estudió contabilidad en la universidad, en modalidad sabatina. Antes de empezar no tenía formación como cuidadora, pero después, ella fue a un centro donde estuvo haciendo unos cursos, pues ya de cocina y ya para cuidar así a ancianos en Zaragoza (*Familia 8*).

Ella es trabajadora social, es licenciada en Trabajo Social, ese fue su trabajo de toda la vida, desde que se graduó. Ella como cuidadora no tiene estudios, pero bueno, ella es enfermera, ella se sacó en España auxiliar de enfermería (*Familia 19*).

### 8.3.2. *La situación de la familia en origen.*

Aunque la opción preferida por las familias y los jóvenes es la emancipación y salida de la casa de sus padres o familiares, lo cierto es que ha aumentado la **familia extensa que convive en un mismo hogar**, como una estrategia de supervivencia para solventar problemas económicos, de vivienda, de cuidado de menores y mayores dependientes, pues residir en la misma casa, supone menos gastos totales que pueden ser compartidos entre todos los miembros de la familia, así como una estrategia que permite organizar los cuidados en el hogar (Arriagada, 2002; Agurto y Guido, 2004). Es decir, la familia de origen de estas mujeres emigrantes será extensa, conviviendo en el mismo domicilio varias generaciones.

En esta casa vivimos casi todos. Antes mi hermana también. Es que mis hijos y los de ella nacieron esta casa, nunca estuvimos casadas. A mi hermana la dejó su hombre y el mío estuvo aquí viviendo. Están nuestros padres, mis

sobrinos y mis hijos... Yo me hago cargo de todo de la casa [...], pero trabajan mis papás en el mercado (*Familia 13*).

Yo no tengo recuerdo, pues, de haber vivido en otra casa, ni mi mamá me dijo otra cosa. Hemos vivido siempre aquí, con mis abuelitos. Antes vivía aquí también mi tío, pero luego de un tiempito, se fueron a casa de los padres de su esposa, porque con tanto chavalito en la casa, no cabíamos; fíjate que andábamos mis primos y mi hermano mayor –que ahorita no está porque él también se ha ido, pero a Costa Rica- y éramos mucha gente. Yo lo recuerdo como tiempo feliz, con muchos chavalitos para jugar (...). Imagino que acá se hace esto porque es difícil tener para una casa o unas tierras y porque somos familiares (*Familia 19*).

Acá, donde nos ves, somos muchos en la familia. Todos vivimos cerca, en esta cuadra o en la otra de allá. Si miras, esa otra casa es de un primo, por allá la de una sobrina... Yo aquí estoy con mis nietos, porque mi hija vivía aquí. Pero ella se querrá ir cuando ahorre para la casa (*Familia 11*).

Decir que el hombre no trabaja o no se hace en el hogar, tampoco. Pero es verdad que es como ese mito o esa cosa, la hombría. Cada vez más, se ve menos eso, el hombre abandona menos. Antes se perdonaba más, ahora parece que hay más conciencia (*Profesional 5*).

Algunas familias, que antes residían por separado, tras la partida de la mujer, se han reagrupado en el domicilio de los padres, abuelos u otros familiares, especialmente como estrategia para el cuidado de los menores que se quedan en destino o para poder vender la propiedad para costear el viaje a España.

Es que no quería pedir prestado. No por orgullo, es que no quería deudas. Y si vuelve algún día pues se podrá quedar en esta casa porque como es hija sola, será de ella o de mis nietos. Y los chavalitos mejor con nosotros, esta casa era más grande. Lo decidimos así mejor, que los chavalitos se vinieran y sacar dinero del pasaje con la venta de su casa (*Familia 1*).

Vimos que lo mejor es que mis sobrinos se vinieran acá conmigo, porque son muy chiquitos para andar solitos y mejor todos juntos (*Familia 15*).

#### 8.4. La situación laboral de la cuidadora en destino y el papel de las remesas en origen.

Tal y como se ha comentado en el epígrafe anterior, por lo general las familias conocen pocos detalles del trabajo que está realizando la cuidadora en España. Sin embargo, las principales características del cuidado coinciden con las analizadas en el *Capítulo 7* de esta investigación.

Las familias entrevistadas refieren que su familiar trabaja en España dedicándose al cuidado de personas mayores y las tareas domésticas. No todas las familias conocen exactamente la **jornada laboral**, pero sí conocen cuáles son los días y franjas horarias de descanso, pues coinciden con los que las cuidadoras en España aprovechan para llamar o conectarse a Internet para contactar con ellos.

Al principio, cuando llegó, sé que andaba de, ¿cómo le dicen? Interna. Yo creo que libra los sábados porque es cuando más llama y seguro que así aprovecha para ir a la iglesia. Pero el horario exacto no lo sé, creo que va todo el día, y también a la noche (*Familia 14*).

Trabaja en lo que le va saliendo, intenta hacer muchas horas. Ahorita pues está en una casa, que puede vivir en un cuarto que le han puesto y está todos los días. Nos llama cuando la señora a la que le da el cuidado duerme siesta y nos dice “ahhh, qué cansada estoy”, porque son todos los días (*Familia 17*).

La mayoría encontraron su **primer trabajo** o bien a través de un familiar o amigo que previamente estaba residiendo en España, o bien a través de alguna ONG u organización religiosa. En función del tiempo que llevan en el país de destino, han podido

llegar a trabajar en más o menos puestos, pero todas las familias indican que siempre en el sector del servicio doméstico y los cuidados. Solo duplican el cuidado aquellas mujeres que trabajan por horas o hacen turnos de noche.

Como tenía a una amiga que ya andaba allá, pues se fue a Zaragoza. Empezó para sustituir a esa amiga en las vacaciones y en las horas de descanso, en la misma casa. Pero eran pocas horas. Ahorita anda pues en otra casa, porque la recomendaron en la primera que estuvo (*Familia 13*)

Ella es que trabaja todos los días. Está con esos dos viejitos, los dos son muy mayores y va las noches. Pero en la mañana va a limpiar alguna casa, estas se las andan encontrando en una ONG de allá (...). El primero fue con esta misma ONG, que creo que es del ayuntamiento, pero no lo sé bien (*Familia 15*).

En cuanto al **tipo de relación laboral o contractual** que mantienen y el nivel de ingresos, las familias suelen desconocer estos detalles o se muestran prudentes a la hora de contarlos. Las familias que han accedido a responder a estas cuestiones (12 de las entrevistas) tienen en común que, aquellas mujeres que han sido contratadas a través de una ONG u organismo públicos, tienen contrato. Las que han sido contratadas a nivel particular, no siempre tienen contrato o no siempre refleja todas las condiciones laborales. Tampoco todas las familias responden a la pregunta sobre el nivel de ingresos de la cuidadora en España (tan solo 8 de las entrevistas), pero aquellas que lo hacen hablan de unos 700 o 900 euros al mes.

Empezó porque su tía la llamó y le dijo que le tenía un trabajo para ella. Al llegar no tuvo contrato, pero ahorita tiene todo pues (*Familia 12*).

Sí tiene contrato. Lo que ya no le puedo decir es cómo está en el papel, en lo legal. Diría que sí, porque fue por una cosa del gobierno de allá y se lo hicieron. Todos los meses paga no sé qué cosa y lo tienen todo bien arreglado, creo yo pues (...). Anda cobrando unos 1.000 dólares<sup>78</sup> (*Familia 7*).

---

<sup>78</sup> Mil dólares estadounidenses equivalen a unos 880 euros en el momento de las entrevistas.



Pues donde trabaja los fines de semana sí le hicieron contrato, ese lo tiene todo bien. Cuando va a las otras casas no lo sé. En total, creo que unos 800, pero creo que me dijo de euros (*Familia 3*).

Algunos familiares reconocen **malas condiciones laborales** entre estas cuidadoras. En concreto, hablan de inseguridad laboral y de las largas jornadas de trabajo. Esta percepción coincide con el análisis del *Capítulo 7*, en el que también se desarrollaba esta cuestión.

Mi cuñada nos contó que, de un día para otro, sin más, perdió un trabajo. Se murió una persona que cuidaba y estuvo sin trabajo meses. En lugar de mandar ella dinero, le tuvimos que mandar nosotros, hasta que le salió otra cosa. Nos dijo que no tenía desempleo, el gobierno no le daba nada (*Familia 16*).

Nos dice que lo peor es que son muchas horas, porque está de interna. Habló con una trabajadora social, como ella, pero de allá, que le dijo que le tenían que hacer un contrato, con horas de descanso, vacaciones... pero que la familia lo iba a mirar, pero que no tenían ahorita dinero, o no sé qué... vamos, que no pues (*Familia 19*).

Respecto al **tipo de cuidado que ejercen**, y de nuevo coincidiendo con el anterior capítulo, se puede observar que realizan todo tipo de trabajo de cuidado, que van desde las tareas del hogar, actividades de cuidados personales a la persona en situación de dependencia y labores de gestión y supervisión del hogar.

Ayyy, pues nos cuenta que hace de todo. Allá es que está como si en su casa. Porque va a la compra, lava, limpia... y todo lo de bañar al hombre, le hace unas curas... que justito ayer nos dijo que lo llevó al médico. Le da paseos, le viste... Lo que hace falta o le dicen las hijas del hombre. Cuando le hace falta al hombrecito llama a las hijas y ahí entre ellas hacen. Ella lo hace casi todo (*Familia 2*).

Lo que más hace es ir a acostar o levantar a señores a sus casas. Antes también hizo noches de hospital. Pues también de todo, limpia, cuida, les saca a pasear... lo que sea que les falte (*Familia 8*).

Cuando nos cuenta lo que hace en el día a día, pues nos alegra. Porque ella lo cuenta pues, como con alegría también. Está aprendiendo a cocinar comida española, cuando nos llama nos dice “les voy a hacer tortilla con patatas a mi regreso” o cualquier guiso que sabe (...). Pues concretamente, en su día a día, levanta a la señora, le da el desayuno, la da un aseo, limpia, se van a la compra, dan una vuelta... hace de comer, de cenar, la acuesta... ¿sabe cómo le digo? De todo yo creo pues (*Familia 2*).

#### **8.4.1. Las remesas: función y gestión.**

La economía de Nicaragua se caracteriza por su inestabilidad y unas altas tasas de pobreza entre su población (Vargas et al., 2012). Hay que tener en cuenta que, por lo general, las trayectorias de estas mujeres dentro del mercado laboral se remontan hasta antes de emprender su proyecto migratorio y se caracterizan por moverse dentro del empleo precario y/o sumergido; al contrario de lo que suele parecer, el trabajo que encuentran estas mujeres en destino, **no es su primera experiencia laboral** (Hernández-Cordero, 2013). En las ciudades las mujeres suelen recurrir al autoempleo o al empleo asalariado en grandes empresas exportadoras; por su parte, en las zonas rurales, se realizan actividades agrícolas de subsistencia (Prunier, 2011). Se acaban desarrollando economías “de rebusque”, en las que las familias, y especialmente las mujeres, deben escudriñar entre cualquier oportunidad que garantice un mínimo de supervivencia familiar (Faune, 1996)

Antes de que se fuera hacíamos tortillas de maíz en la casa y las vendíamos en las calles. Nos teníamos que valer como fuera. (*Familia 18*).

Chicha, pinolillo, tortilla, nacatamal<sup>79</sup>... Lo hacemos nosotras. Mi hija también trabajaba en lo mismo con nosotras. Mi hija siempre trabajó en lo que podía, pero ya me dijo “mamá, voy a ahorrar, porque esto no nos da para las tres y me voy a fuera a ganármela” (*Familia 2*).

Las mujeres en Nicaragua son muy activas. Siempre están pensando de qué forma esto o lo otro, cómo van a hacerlo para ganar unos córdobas<sup>80</sup> o dólares más. Para ellas, el sueño de emigrar es una manera de escapar de unas malas condiciones y poder mejorar la situación de su familia [...]. Todas se saben ganar la vida ya antes de que se van, por eso en España también creen que lo van a lograr (*Profesional 6*).

En la *Figura 4*, se puede observar el puesto de comida de la *Familia 2*, en el que trabajaba la hija de la mujer entrevistada (camiseta amarilla), en la ciudad de León. En esos momentos, están vendiendo una bolsa de refresco. La entrevista se realiza justo en la acera de enfrente, mientras se observa el trasiego de clientes. Este tipo de puestos de comida son típicos en todo el país. Suelen emplear varios miembros de una misma familia y suponen su forma de obtener ingresos. La mayoría funciona con licencias concedidas por la administración para dedicarse a la venta y manipulación de alimentos.

Por estos motivos, las **remesas monetarias** juegan un papel muy importante dentro de la estructura económica de estas familias<sup>81</sup>; muchas dependen de ese dinero que reciben y contribuyen a mejorar su situación económica (Abad, 2005; Andersen, 2009). Todas las familias manifiestan recibir remesas, especialmente, en forma de dinero.

Sí, ella nos manda. Es que esa era el objetivo de que se fuera, para mandarnos y que tuviéramos suficiente. Ella lo pasa bien duro, sé que siempre nos manda más de lo que puede, no se da un gusto nunca, nos lo regala todo. Yo le digo

---

<sup>79</sup> Bebidas y platos tradicionales de Nicaragua que pueden encontrarse con frecuencia en puestos ambulantes o callejeros.

<sup>80</sup> Moneda nicaragüense.

<sup>81</sup> Si bien es cierto que, por el objetivo de este estudio, el foco está en la función de las remesas económicas a nivel doméstico o privado en cada familia, lo cierto es que las remesas en Nicaragua están jugando un papel fundamental a nivel macro-económico, pues suponen una importante fuente de ingresos para el país de generación de dividas (Acosta, Fajnzylber y López, 2007; IMF-IDA, 2017).

“ándate y cómprate otro vestido o haz algo para ti”, pero ella siempre me dice “mejor lo mando, es para ustedes” (*Familia 10*).

Sí, siempre que pudo, mandó. Y cuando puede un poco más para sus hijos. Ella también está ahorrando para cuando vuelva, pero también manda (*Familia 5*).

El envío de remesas de tipo económico suele realizarse al poco tiempo de llegar a España, cuando encuentran su primer trabajo. Sin embargo, cuando estas mujeres tienen alguna deuda en Nicaragua o bien, si la han contraído para pagar el viaje, las primeras partidas montearías que envían suelen ir destinadas para saldarlas. Las familias cuentan que es común que, aquellas que no tienen suficientes ahorros o que no pueden recurrir a la venta de alguna propiedad para pagar el pasaje, piden dinero prestado a otros familiares e, incluso, a prestamistas. Las deudas contraídas con estos prestamistas preocupan mucho a las familias, por los altos intereses que suelen generar, por lo que tratan de saldarlas en primer lugar.

A lo primero fue pagar unas deudas (...). No te puedo decir de cuánto, pero tenía una deuda y luego también pidió prestado en una casa para el viaje. Estuvo mandando 200 dólares para la deuda todos los meses, desde el mismito día en que llegó... (*Familia 20*).

Se habla mucho de este tipo de prestamistas, pero es algo como velado. No se dice abiertamente, aunque todos sepan dónde buscarlos. Son intereses altos, a veces no hay nada que avale la deuda o es con la propia casa. Esto es ilegal, pero algunas veces recurren. Cuando van a EE.UU. hay traficantes que les pagas para que les crucen; hacia España se habla menos, pero también pagan para que les lleves o bien te prestan para el viaje (*Profesional 4*).

Figura 4. Familia 2 en su puesto de venta de comida.



Fuente: autoría propia.

Generalmente reciben dinero una vez al mes, aunque según manifiestan, para las ocasiones especiales (cumpleaños, celebraciones importantes...) o cuando surgen imprevistos, su familiar procura enviar más cantidad, realiza dos ingresos o les hace llegar algún tipo de regalo. Normalmente las cuantías que perciben oscilan entre los 100 y los 300 dólares, variando en función de las condiciones laborales que tenga la cuidadora o del acuerdo que mantengan en dicha familia.

Nos manda cosas cuando sabe que va alguien allá, un detalle, ropa... y para los cumpleaños nos manda algo y nos dice "para que se compren algo que necesiten o les guste". Y nosotros a ella cuando alguien va a España también le mandamos un recuerdito, una botellita de ron o una cosita. (*Familia 11*).

Pues anda dependiendo del mes, del trabajo que tenga... unos 200 o 250 dólares al mes. Normalmente por *Western Union*, pero andaba mirando otros medios estos días, a ver si alguno nos parece mejor (*Familia 9*).

Ahorita nos manda 100 o 150, pero porque una señora que cuidó, murió (...). Antes de eso, casi 300, pero no es siempre una cantidad fija, según lo que tenga de empleo o si tiene algún gasto o si lo tenemos acá (*Familia 1*).

**El uso que cada familia da a las remesas es muy diverso**, normalmente se destinan a la manutención familiar o como complemento salarial (Serrano, 2000). Es decir, estas remesas repercuten en beneficio directo de las familias y según el objetivo migratorio, tendrán una periodicidad, una cuantía y una finalidad u otra (Parella-Rubio y Cavalcanti, 2006). En concreto, el destino principal es el cuidado de niños y personas enfermas o dependientes, mejorar la casa en la que vive la familia en origen, el ahorro familiar e incluso, montar negocios familiares.

Para que se mantengan mis papás. Con lo que hace años mandaba mi hermano, que es más mayor, arreglaron partes de la casa. Pero luego dejó de mandar todo el tiempo porque tiene su familia allá y no podía mandar más. Ahora con lo de mi hermana es para que vivan mis padres. Ellos ya están con

muchos años y no pueden trabajar. Además, mi padre está enfermo desde hace mucho tiempo, tomaba mucho y ahora de riñón. (*Familia 4*).

La *Figura 5.* permite ilustrar uno de los usos más frecuentes que estas familias hacen con el dinero que reciben de las remesas. En la imagen se puede observar cómo la entrevistada, que corresponde con la *Familia 3* y cuya relación con la cuidadora en España es de cuñadas, está firmando el consentimiento informado antes de hacer la entrevista<sup>82</sup>. Dicha imagen permite evidenciar uno de los usos a los que las remesas, en este caso de tipo económico, suelen emplearse por las familias: se han destinado para mejorar la pulpería o tienda de ultramarinos que aparece en la imagen. Es decir, son empleadas en el sostenimiento y reforma del negocio familiar.

Aquí mismo en la pulpería lo puedes ver. Lo mejor es que pudimos comprar los frigos y ahora vendemos frescos, raspados y gaseosas frías [...]. Con el dinero que nos manda montamos esta venta y la vamos mejorando y también intentamos ahorrar lo que podemos. (*Familia 3*).

Por otro lado, en la *Figura 6.*, podemos observar a la *Familia 6*. Mientras cuenta en qué están invirtiendo el dinero de las remesas, muestra el suelo de su casa. Lo han podido reformar en los últimos meses, poniendo baldosas en casi todas las habitaciones, tal y como queda reflejado en la fotografía. De las paredes cuelgan retratos familiares. Su hija aparece enmarcada dentro de un corazón rojo. Cuenta que esa foto se la regaló el día de la madre<sup>83</sup> antes de marcharse y que ahora la mira todos los días. La mejora del hogar familiar, la adquisición de una casa o la compra de un terreno en el que construir una vivienda, son uno de los objetivos más comunes de la migración económica que las familias comparten.

---

<sup>82</sup> En la imagen me acompaña el Dr. Andrés Herrera, mi tutor académico durante la estancia de investigación, realizando su papel de acompañamiento en las entrevistas.

<sup>83</sup> En Nicaragua el día de la madre se celebra el 30 de mayo.



Figura 5. Familia 3, siendo entrevistada en su pulpería.



Autoría MR; WIL – Fotografía.



Figura 6. Familia 6, siendo entrevistada en su hogar.



Autoría MR; WIL – Fotografía.

Mira, el suelo hemos puesto con el dinero. Lo estamos arreglando, poniendo baldosas en la casa. La ilusión de ella es dejar la casita bien linda mientras está allá. Ella me lo quiere regalar así. Y luego, claro, para los chavalos siempre también. Pues ahorrar es otra de las cosas que quiere, vamos a ver si lo hace todo y vuelve (...). Mira, ese corazón, me lo regaló ella para el día de la madre, lo miro todos los días con ellos y les digo “¿dónde está su mamá?” y como son tan chiquitos me señalan la foto (*Familia 6*).

Lo que no andamos gastando en mi nieta, lo ahorramos para la casa. El sueño de mi hija es que cuando vuelva, pueda tener una casita cerca de la mía. Quiere comprar unas tierras, vamos a preguntar y estamos mirando, pero ya estamos empezando a ahorrar (*Familia 18*).

Las familias tienen mucha preocupación por la provisión de vivienda. No sé si se debe a que ha habido temblores y muchas casas se destruyen, ese podría haber sido un motivo. Pero yo creo que también es una cuestión como de estatus, salir de casa de tus familiares, irte a la tuya, tenerla bonita y no solo con materiales básicos... La mayoría de casas son de una planta, en algunas zonas se ven casas con dos pisos, esas parecen más buenas (*Profesional 2*).

En la *Figura 7* se puede observar la fachada de la casa de la *Familia 9* que han podido remodelar con el dinero de las remesas. Han hecho también una entrada para el coche con el que va a trabajar (que también compraron con el dinero de las remesas) y se pueden observar algunos ladrillos del resto de partes que están construyendo.

Figura 7. Hogar remodelado de la *Familia 9*, casa amarilla.



Fuente: autoría propia.

Es decir, a través de estas entrevistas se puede deducir que la mayoría de estas remesas se están destinando al uso interno dentro de cada familia, consideradas como una inversión social, pues van destinadas a la mejora del hogar, la alimentación, educación, vivienda<sup>84</sup> y salud (Vertovec, 2004; Abad, 2005). Para Parella-Rubio y Cavalcanti (2006, p. 246), “los beneficios económicos que se derivan de las remesas que perciben las familias, son el elemento clave que compensa los elevados costos sociales y emocionales que conllevan la emigración y configuración de familias <<transnacionales>>”.

Aunque dado su volumen y la importancia que hemos señalado que las remesas en forma de dinero tienen para Nicaragua, existen otro tipo de remesas que las familias también declaran recibir. Son **remesas u obsequios en especie**, como prendas, pequeños electrodomésticos, medicamentos, regalos, productos o comida típica española, etc. Este tipo de remesas tienen un carácter más puntual, generalmente coincidiendo con ciertos acontecimientos, como cumpleaños, graduaciones o necesidades puntuales que puedan tener las familias.

Cuando es el cumpleaños de alguien nos manda algo del Zara, una camiseta, un vestido... porque aquí no tenemos Zara y está más caro. Es que mi madre se sabe la talla de todos, nunca falla, aunque crezcan, ella lo sabe (...). Alguna vez pregunta, pero yo creo que lo sabe por las fotos o cuando nos ve por Skype, que sabe si estamos más gorditos o si alguno creció (*Familia 7*).

Una vez le pedimos unos medicamentos, pero nos pareció más complicado mandarlos que conseguirlos y nos mandó el dinero. Nos hizo llegar con una amiga cuando estaba en Bilbao unos dulces que nos gustaron. Y volvió una vez de visita, cuando estaba en Zaragoza, y nos trajo unos dulces y unas cintas de la virgen. Pero nos manda más dinero, sí (*Familia 19*).

Una de las características principales de las remesas que provienen del sector de los cuidados es su **doble feminización**, puesto que la mayoría son generadas, recibidas y gestionadas por mujeres (Gainza, 2006; Monzón, 2006). Por una parte, encontramos que

---

<sup>84</sup> En algunos casos, las remesas que estas familias reciben, son consideradas como aval suficiente para que las familias nicaragüenses puedan optar a un microcrédito para la construcción o mejoramiento de la vivienda (Sáenz, 2010).



son las mujeres las que emiten las remesas; las han generado a través de su trabajo como cuidadoras en España y, mediante el uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación<sup>85</sup>, colaboran en la toma de decisiones sobre cómo la familia en origen debe gestionarlas. Y, por otro lado, son las mujeres nicaragüenses las receptoras de dichas remesas y las que las gestionan, con mayor o menor grado de autonomía, en función de la implicación de la cuidadora en destino.

Pues mírate, ella me lo manda y yo miro dónde lo gastamos. Ella me dice “esto se lo mando para los zapatos de la niña” y yo le puedo decir “pues ahorita falta más para un pantalón para el otro” y así lo vamos haciendo. Pero yo lo voy gastando o guardando, para esto, para lo otro... (*Familia 1*).

Lo normal es que lo hagamos entre las dos. Ella nos lo manda cuando lo tiene y entonces nosotras decidimos en qué se usa. Las cuentas las llevamos las dos, pero en el día a día estoy yo más pendiente, pues no le ando preguntado por un galón de agua purificada cuando la cortan, lo más importante sí (*Familia 4*).

En resumen, las remesas de tipo económico o material se convierten en una estrategia por la que optan las familias a ambos lados del Atlántico como forma de mejorar su situación en las sociedades de origen (Malgesini, 1998). Pero, además de las remesas materiales, se puede hablar de remesas sociales (Levitt, 1998), que se materializarán a través de visitas al país de origen, envío de cartas, llamadas telefónicas y el uso de Internet y las TIC para comunicarse (y de las que se hablará con detenimiento en el epígrafe siguiente).

### **8.5. Cambios en la estructura de la familia en origen.**

La migración de las mujeres nicaragüenses con dirección a España, trae consigo una serie de cambios en la estructura, composición y relaciones en sus familias. Estas mujeres, antes de su partida, solían estar ejerciendo la jefatura del hogar, eran las

---

<sup>85</sup> En adelante, TIC.

encargadas de la organización doméstica y/o eran las principales proveedoras del hogar. Por este motivo, su marcha va a generar una huella en sus familias en destino.

Tal y como se ha comentado en el anterior epígrafe, el primer cambio que afectará a estas familias, será de tipo **económico**, gracias a que las remesas juegan un importante papel dentro de la economía familiar, aumentando su poder adquisitivo. Algunos familiares, casi siempre una mujer, como estrategia de **conciliación** o bien como mejora de su calidad de vida en general, pueden reducir su jornada laboral, dejar sus anteriores empleos o buscar otros que, aunque estén peor retribuidos, les permitan conciliar con su nueva situación familiar.

Nosotros dejamos el mercado, porque eran muchas horas y no nos salían las cuentas. Mis papás ya no podían seguir trabajando y, eso, lo que decía, que hay que estar con ellos. Ahorita con lo que nos manda y con lo que saco de algún otro pequeño trabajito, pues con eso (*Familia 4*).

Trabajaba de mesera, pero ahora estudio y los fines de semana, a veces me llaman para ir a ese restaurante. Así entre semana puedo cuidar a mis hermanos, que vayan al colegio y eso. El resto, es con lo que manda nuestra mamá (*Familia 7*).

Si bien es cierto que la migración femenina lleva consigo la necesaria reestructuración de la familia en origen en cuanto al reparto de tareas domésticas y de cuidado, en ningún momento estas mujeres migrantes dejan de participar en las dinámicas de sus familias, es decir, cuidan de manera transnacional (Solé y Parella, 2006). Las familias transnacionales están rompiendo con las ideas hegemónicas relativas a la maternidad, poniendo de manifiesto que “el ser madre”, va más allá de la función biológica, pues generan nuevas formas de cuidado y socialización (Pedoné y Gil-Araújo, 2008). La maternidad transnacional puede construirse tanto desde el país de origen, cuando es la hija la que emigra, como desde el país de destino, cuando una madre emigra dejando a sus hijos.

Como ya se ha señalado, de manera habitual, trasladan estas responsabilidades a otras mujeres, bien sean madres, hermanas, hijas e incluso vecinas, llegando a aparecer lo que se conoce como “madre social” (Hernández-Cordero, 2013). En los casos estudiados, tan solo un hombre (esposo de la mujer migrante) es el que ha quedado a carga de hogar. Según Rivas y González (2011, p. 14) “las tareas de reproducción que tenía a su cargo son asumidas por otras mujeres”. Es decir, en esta construcción de una cadena global de cuidado, las mujeres son las protagonistas en cada uno de los eslabones que la componen.

No sé si se podría hacer de otra forma. Pero desde que mi hermana anda por allá, yo miro que todos estén bien. Cuido de mis hijos y de mis sobrinos, pero que yo les miro como si fueran mis hijos también (*Familia 20*).

Es que siempre lo he hecho, lo de cuidar. Es como mi trabajo o mi deber. Son mis nietos y eso es lo primero, soy su abuela. También vigilo y ando cuidando a otros chavalos de barrio porque sus mamás también se fueron o andan trabajando, les ayudo y es de lo que trabajo también (*Familia 6*).

Esta figura de *madre social* es especialmente relevante en comunidades rurales de Nicaragua. Estas *madres sociales* cuidan a los hijos de otras mujeres trabajadoras, que no pueden atenderles en determinadas horas o bien que han emigrado a una zona urbana o a otro país. Estas mujeres pueden ejercer de cuidadoras de manera altruista o bien a cambio de una compensación económica, que puede ir desde una asignación para cubrir los gastos de manutención del menor, hasta un salario fijo por esos cuidados. Otra característica importante, es que no suelen convivir con los menores a los que cuidan: van al domicilio del menor para hacer algunas labores domésticas, se encargan de que vayan al colegio, les prepara alimento, pero conviven determinadas horas.

Aquí es que me han dejado siempre a muchos chavalos, pues. A mis nietos, a mis sobrinos... “andé” cuidando a los de allá enfrente, ¿ves esa ropa? [señalando la casa de una vecina] la lavo yo porque su mamá anda allá fuera. (*Familia 5*).

En la *Figura 8* se puede observar a una de las mujeres participantes en este estudio, correspondiente a la *Familia 5*. En la imagen aparece ella en su casa, relatando cómo la ropa que hay tendida al fondo de la fotografía, pertenece a sus sobrinos y acaba de lavarla. Desde hace años, cada vez que alguien migra en su familia, ella ejerce de supervisora o cuidadora de los menores que se quedan en Nicaragua.

Las **decisiones que se toman** en las familias, especialmente las relativas al cuidado de menores y personas mayores, suelen tomarse de manera consensuada entre ambas cuidadoras (en destino y en origen). Si bien algunas decisiones cotidianas se toman directamente por el familiar a cargo en Nicaragua, en el resto participa de manera activa la cuidadora desde España. Esta toma de decisiones transnacional será posible, en gran parte y como se detallará en el siguiente apartado, gracias al uso de las TIC (Vitores et al., 2012).

De todo lo de mis abuelitos me encargo yo, porque estoy siempre con su medicación, haciendo la comida o lo que sea, pues. Pero mi madre también siempre está pendiente. Sabe si hay que visitar al doctor, lo que ellos toman... Se podría decir que es entre las dos (*Familia 19*).

Por ejemplo, el colegio de mi nieta lo ha elegido mi hija. Ella dijo, “quiero que vaya al de al ladito de la casa, para que no tengan que andar más lejos” y a ese va. ¡Hasta le tomaron una fotografía en la escuela y la ropa la eligió mi hija! Imagínese, qué chistoso en el locutorio enseñándole a la cámara la blusa. Claro, que no todos los días le elige la ropa, pero para esas cosas sí (*Familia 18*).



Figura 8. Entrevista a *Familia 5*, en su hogar.



Autoría MR; WIL – Fotografía.

En la *Figura 9* se puede observar a la mujer entrevistada de la *Familia 4*. La casa en la que estamos pertenece a su familia desde hace algunas generaciones. En ella convive con sus padres, ya mayores, que permanecen sentados frente a nosotras durante la entrevista, escuchándonos atentamente. Los hijos de la entrevistada están en el colegio en esos momentos. Cuenta que decidió quedarse ella para cuidar a sus hijos y que se fue con ellos a casa de sus padres, así ella puede cuidar a toda la familia al mismo tiempo. Relata que la decisión de migrar fue muy meditada y consensuada por todos y que, desde entonces, todas las decisiones importantes las toman las dos juntas.

Después de un tiempo, yo me estaba planteando dejar mi trabajo, para dedicarme más a los papás, pero al final entre las dos pensamos que lo mejor es que no, porque cada vez son más gastos y nos viene bien el dinero (...). Pues hasta ella me dice también de cosa con mis hijos, porque somos todos de una familia y, aunque esté lejos, estamos unidas (*Familia 4*).

A las familias en las que hay o hubo **menores** en el momento de la migración, se les preguntó sobre el momento de separación con su madre y por su relación actual. Es importante señalar que, todos los familiares entrevistados exponen haber tenido que pasar por un proceso de duelo tras la separación, independientemente del lazo de parentesco. Generalmente, los hijos de estas mujeres migrantes valoran positivamente el hecho de que sus madres hayan migrado a España, aunque reconocen la dureza de la separación, sobre todo en los comienzos. La adaptación a la nueva estructura familiar, cuando los niños son pequeños, no entraña para ellos los mismos problemas que sí se pueden encontrar si estos menores se acercan a la adolescencia, etapa en la que, además del duelo, se muestran reacios ante la nueva situación familiar, mostrando también enfado y rechazo ante la emigración de sus madres.

Figura 9. Entrevista a *Familia 4*, en su hogar.



Autoría MR; WIL – Fotografía.



Ellos saben que es por su bien, me lo dicen a mí y a su mamá. Pero al principio lloraban mucho y se lo ocultábamos a su mamá para que ella no se viniera de regreso. Todavía la pasamos bien duro (*Familia 17*).

Cuando mi madre se fue me enfadé con ella y no quise hablar con ella durante meses, hablaba ella con mi tía. Hace tiempo de eso ya pues, y ya no soy tan chica, lo valoro más, ahora la apoyo y le agradezco todos los días (*Familia 10*).

Pese a todo, estos menores se sienten unidos a sus madres, aunque desearían estar con ellas físicamente con ellas. Las hijas que han participado en estas entrevistas preferirían que sus madres regresasen a Nicaragua, para no dejar atrás su entorno, aunque a menudo se pueden mover entre la ambivalencia del imaginario de la migración (Yarris, 2014). Mientras, los familiares de los más pequeños preferirían que los menores viajaran a España, pues consideran que podrían encontrar mejores oportunidades educativas, sociales o laborales.

Si me dan a elegir, que venga ella. A lo mejor un día me gustaría irme a mí también a España, eso no lo sé. Pues tengo todo acá y no me gustaría dejarlo (...). Pero sí, la echo tanto de menos que sí quiero que vuelva ya (*Familia 7*).

Si pudiera los mandábamos allá. Pero son muy chicos, el viaje es caro y su mamá allá trabaja de interna muchas horas, no los podría tener. Allá hay mejores escuelas que acá, pero no puede ser ahorita por el trabajo de ella pues (*Familia 6*).

### **8.5.1. El papel de las TIC en las familias transnacionales.**

A lo largo de todo este capítulo se intuye el papel fundamental que desempeñan las TIC e internet en el mantenimiento de los vínculos en las familias transnacionales. En concreto, las aplicaciones como *WhatsApp*, *Facebook*, *Skype* y un largo etcétera, propician una comunicación diaria que facilita el cuidado entre los miembros de la familia (Peñaranda, 2010; Ramírez-Martínez, 2013). Es decir, mediante el uso de las TIC, las familias mantienen los vínculos afectivos a pesar de la distancia, permitiendo:

- 1) generar y gestionar las remesas de tipo social: circulación de ideas, prácticas, identidades y capital social (Levitt, 1998; Nyberg-Sorensen, 2004).
- 2) el cuidado en el sentido más amplio, que incluye el apoyo financiero, el cuidado práctico, el cuidado personal y el soporte emocional/moral (Finch, 1989).
- 3) la circulación de cuidados configurado como un intercambio recíproco provisión directa en situación de co-presencia física, provisión directa a distancia, coordinación a distancia de diferentes tipos de apoyo y delegación en otras personas (Merla, 2014; Baldassar y Merla, 2014).

Las familias nicaragüenses entrevistadas manifiestan que el método que más usan para comunicarse con sus familiares es a través del teléfono móvil. Tal y como las familias en las que ha habido trayectorias migratorias previas o la migración se produjo hace más tiempo, explican que antes usaban más el correo postal o los locutorios, puesto que las mejoras en la red de telecomunicaciones nicaragüense, han posibilitado que un mayor número de habitantes tengan acceso al teléfono y cobertura de Internet, con lo que les resulta más sencillo y cómodo el uso del *smartphone* desde sus hogares.

Nosotras siempre estamos con el celular encima. Siempre andamos mandando notas de voz por *WhatsApp*, es que es importante escuchar la voz, no es lo mismo que unas palabras... Es más rápido, se nota más el sentimiento y necesitamos oír la voz (*Familia 8*).

Pues cuando marchó mi hijo sí que era más por carta y luego por locutorio. Pero mi hija me dijo “mamita, te regalo el celular para que podamos hablar más” y me trajo esto (...). Me enseñó a usarlo mi sobrino, que sabe de esto, pero yo solo lo de llamar y el *Skype* ese., no escribo. Como tengo tanta familia fuera, pues está bueno tenerlo. (*Familia 5*).

Al principio, cuando se fue, no llegaba bien la señal. Íbamos al locutorio. Quedábamos y nos veíamos por el ordenador. Pero ahorita tenemos el celular, el bueno, para el internet y hablamos con ella. En el día corriente, andamos con este que llama local y envía *sms*. Con ella usamos este celular [*muestra un smartphone*] (*Familia 3*).

¡Mira! Aquí están levantando el cable. Fue un adelanto tener señal telefónica en casi todos los lugares. En las zonas rurales, a veces, la cobertura falla. En algunas aldeas más alejadas, no hay siquiera, no ha llegado todavía. Pero en las ciudades o en los pueblos más grandes, la gente tiene sus teléfonos o sus celulares con internet con normalidad (*Profesional 1*)<sup>86</sup>.

El uso de estos *smartphones* favorece la comunicación al instante a través de internet, a cualquier hora del día, en la intimidad del hogar y prácticamente a diario. La mayoría de las familias refieren que la comunicación se produce a diario, incluso, varias veces al día.

Es que con *WhatsApp* estamos siempre. No es un día o una hora que quedemos. Me escribe si tiene un rato libre o cuando se va a dormir. Nosotros también le vamos contestando, o le vamos contando... no sé, es a cada rato (...). Pues sí, eso es otra cosa, para el *Skype* es que nos llama ella cuando está de descanso, pero que, vamos, casi toditos los días (*Familia 9*).

Me llama cuando no trabaja, cuando tiene el rato libre, todos los días. Me quiere regalar un celular para internet, pero es que yo no voy a saber. ¡Ayyy, no sé! ¿Pero eso sabré yo? ¿Tú crees? Yo es que no creo que lo aprenda ya. Pero ella me anda diciendo todos los días, “que sí, que te mando comprar uno, que la recarga es más cara, que ya te enseñará la Martha Lorena [*una familiar*], que me mandarás fotos de los chavalos, que es mejor que el locutorio...” (*Familia 1*).

En cuanto a la percepción que estas familias tienen sobre el tipo de relación que mantienen a distancia, por lo general, manifiestan que es buena. No sienten un alejamiento en lo afectivo, ni una pérdida de contacto emocional, pero sí reflejan un sentimiento de pérdida o de añoranza, especialmente de tipo contacto físico: “los contactos en tiempo real a través del teléfono o de la red permiten que la ausencia física

---

<sup>86</sup> Mientras realizábamos el trabajo de campo, pasamos por algunas zonas rurales en las que todavía estaban instalando el tendido telefónico.

sea contrarrestada con la presencia imaginada” (Solé y Parella-Rubio, 2006, p. 8). Las familias transnacionales, a través de las TIC, han conseguido generar una presencia simbólica que permite mantener los vínculos (Rodríguez-Martín, 2011).

Yo sé que ella lo que más echa en falta es el beso de sus hijos. Y yo el de ella... [responde muy emocionada]. No es tanto que ella no sepa qué pasa con sus hijos porque es que estamos todo el día mandando fotos, vídeos... lo que sea. Casi sabe ella mejor que yo en lo que andan sus hijos. Pero es el abrazo lo que no tenemos, son tres años ya sin tenerlo y me da pesar... (*Familia 12*).

Sí, claro. Ella nos manda el dinero, que eso nos cuida. Pero yo soy su madre y aunque esté lejos, también la cuido. Una madre nunca deja de serlo ni con mil millones de kilómetros. Es que yo estoy fuerte por ella, que no me vea que me voy abajo porque entonces se regresa. Es que ahora casi no hay día que no acabemos de llamar y no lloremos, ¡cómo vamos a perder relación! Si es que yo la amo, es mi hija (*Familia 2*).

Yo sé que ella allá está bien. Está tranquila, trabaja, tiene de todo. Pero contamos con ella para todo y ella siempre también. Incluso con un mal día, nos llama, le consolamos... pero ella igual, se preocupa, llama, nos pide fotos... Uno de los miedos que ella tenía era por sus hijos, por si no la iban a comprender. Pero ellos hablan con ella también todos los días, ¡y los vídeos! A cada cosa me piden el celular y me dicen “esto se lo grabo a la mamita, déjeme enviar” (...). Sí, la echamos de menos todos (*Familia 15*).

En definitiva, a través de los relatos de estas familias, se puede observar cómo los cuidados circulan de manera constante gracias a las TIC, permitiendo el intercambio de vivencias, presencias y afectos, creando nuevos espacios de socialización y familia.

## 8.6. Necesidades y demandas de las familias en origen.

Esta parte de la entrevista se formuló de manera abierta, dando pie a que las familias se expresasen abiertamente. Aunque se realizaron dos preguntas (una enfocada a las necesidades de la familia en origen y otra enfocada a las necesidades de la cuidadora en destino), lo cierto es que las contestaciones de las familias a este apartado se pueden clasificar en tres categorías de respuestas.

- 1. Tipo práctico:** estas familias expresan que desean una mejora en las condiciones de trabajo de su familiar, bien sea a través de un contrato, con menos horas de trabajo, mayor nivel de ingresos, el acceso a otros puestos de trabajo fuera del sector del servicio doméstico y de cuidados, o bien, que su familiar lograra regularizar su situación administrativa. Estas familias piensan que cuando mejore la situación de la cuidadora en destino, mejorará la situación de la familia en origen, porque podrán recibir más remesas, podrán saldar antes las deudas, lograr antes los objetivos económicos marcados... y será más fácil que pueda retornar a Nicaragua.

Yo lo único que pediría para ella es que tuviera mejor condición en el trabajo. Que le pagaran más o que tuviera menos horas. Ella nos dice que es muy duro, que se cansa, que extraña a la familia... Dice que quiere ahorrar un poco más y se vuelve. Es que es lo que sería mejor para todos, porque mejor que esté con nosotros y deje de andar sola (*Familia 19*).

La atención médica ha sido una carencia para ella, ha tenido problemas con su uña, se la sacaron, pero no podía ir a lo público y tuvo que ir a cada mes a una podóloga cada mes y una cirugía. Y todo eso se lo ha tenido que costear ella. Creo que poder ir al médico ha sido su mayor necesidad y tener los papeles del trabajo (*Familia 20*).

Pues ahorita anda buscando trabajo de otra cosa, que tenga su contrato, arreglar sus papeles... así que lo que me gustaría para ella es que mejorara en su trabajo. Quiere mandarnos más, ahorrar más... (*Familia 9*).



- 2. Tipo emocional:** estas familias formulan una respuesta emocional, deseando que su familiar regrese lo antes posible a Nicaragua. Este tipo de contestaciones es más frecuente en las familias en las que la migración ha sido más reciente y en aquellas en las que la familia se siente más unida.

No es que haya ninguna necesidad, pero solo ella que quiere venirse. Quiere volver como en un año ya para quedarse aquí. Nuestra necesidad es *de que* la tengamos aquí, porque ella está con ganas ya pues de volver y está mayor, y estando lejos... y tiene sus enfermedades allí... que vuelva ya pues (*Familia 5*).

Ella dice que hasta el momento siempre la han tratado bien. Dice que ella no se queja, tal vez que ella la manera de ser es muy sociable, entonces dice que eso la ha ayudado bastante. Pero casi es más para nosotros. Bueno... ahorita ella vino, nos dejó fatal. Es que cada vez que ella bien... pues siempre somos como una familia muy unida. Nos gustaría que volviera ya (*Familia 18*).

[Lágrimas y silencio]. Lo que quiero yo es que vuelva, la necesito a ella. Ella dice que sí, que está bien, o al menos eso me dice para que no preocupe (*Familia 17*).

- 3. Tipo político:** estas familias creen que cuando la situación social, económica o política mejore en el país, habrá más posibilidades de que su familiar pueda regresar a Nicaragua, pues la falta de oportunidades en origen ha dado lugar a la migración.

Trabajo es lo que a ella le hace falta acá, a eso se fue hasta allá, a trabajar. Porque si le saliera algo, se venía. Pero es que no andan las cosas para el trabajo, está bien difícil todo. Sé que quieren volver, pero no ahorita, más adelante (*Familia 16*).

Si la cosa aquí fuera mejor, se volvería. Pero la cosa está bien dura acá, se ha puesto el tema social muy complicado. Los chavalos andan en la droga, no

hay trabajo... Todo eso tendría que cambiar, que hubiera trabajo. Y se vendría porque es lo que queremos todos (*Familia 7*)

En todo caso, si algo tienen en común todas las respuestas, es que todas desembocan en el deseo de retorno de la mujer a Nicaragua. Todas las familias se aferran a la idea de que, una vez cumplidos ciertos objetivos, su familiar va a regresar en algún momento. Este anhelo de nuevo manifiesta cómo las familias son capaces de mantener sus vínculos a pesar de la distancia.

Necesidad... como está ella sola y eso... eso es lo que ella me ha contado, que le falta la familia... Tenemos una tía allá, pero en Barcelona y no se ven frecuentemente. Va a volver en diciembre porque ha ahorrado para venir un mes, porque la echamos de menos. Luego se vuelve a España y a esperarla a que regrese del todo (*Familia 1*).

Las familias que tienen algún miembro que ha migrado siempre están soñando y fantaseando con que su familiar va a volver pronto. Es muy probable que su familiar, desde España o donde quiera que haya emigrado, para no preocupar, les diga que está mirando pasaje para una visita, que tiene previsto volver definitivamente en unos dos o tres años... aunque luego la realidad nos dice que no todos retornan. Y claro, eso alienta a las familias acá, que están deseando que vuelvan. Es dura esa separación, pero las familias siguen siendo fuertes y siguen manteniendo el vínculo (*Profesional 4*).

### **8.7. Reflexiones finales.**

Tal y como se ha ido viendo a lo largo del desarrollo de esta investigación, la fuerte demanda de cuidados en países como España convierte a la atención a la dependencia en un nicho laboral para las mujeres migrantes. La migración de mujeres centroamericanas con destino a España es un fenómeno relativamente reciente en nuestro país, el cual está repercutiendo en las familias de origen.

Son las mujeres las que con su decisión de emigrar van a colaborar en el sostenimiento económico de la familia mediante el envío de las remesas y serán otras mujeres, que han quedado al frente de las familias en origen, las que gestionen las rutinas y la economía de estos hogares.

El estudio de caso de las familias nicaragüenses en las que una de sus integrantes ha tomado la decisión de migrar a España para trabajar en el mercado de los cuidados, nos permite extraer los siguientes puntos clave:

- Primero.* La mujer nicaragüense que emprende su migración hacia España, es joven y, por lo general, ostentaba la jefatura del hogar en Nicaragua.
- Segundo.* Estas mujeres eligen como lugar de residencia en España, principalmente, Zaragoza, Madrid, Barcelona y Bilbao, debido a que cuentan con redes sociales en esos lugares.
- Tercero.* Otra causa de la intensificación de estos flujos migratorios centroamericanos hacia España, es que son más seguros que los tradicionales dirigidos a EE.UU.
- Cuarto.* En origen, predomina la familia extensa. En ocasiones, cuando la mujer emigra, estas familias se unifican como estrategia para afrontar los cuidados.
- Quinto.* Las características del cuidado que ejercen estas mujeres son coincidentes con las halladas en el *Capítulo 7*.
- Sexto.* Las remesas de tipo económico son muy importantes y cada familia hace un uso distinto de ellas, destacando: sostenimiento de la familia en origen (cuidado de niños y mayores), provisión de alojamiento y ahorro familiar.
- Séptimo.* Estas remesas están doblemente feminizadas, pues son mujeres las que las generan en destino y las que las gestionarán en origen.
- Octavo.* Tras la migración femenina, será otra mujer la que ejerza las labores de cuidado dentro del hogar, aunque la toma de decisiones dentro del hogar, generalmente es compartida entre ambas.
- Noveno.* Las familias transnacionales encuentran estrategias para continuar manteniendo sus vínculos afectivos y el cuidado entre sus miembros, que van más allá del simple envío de remesas.

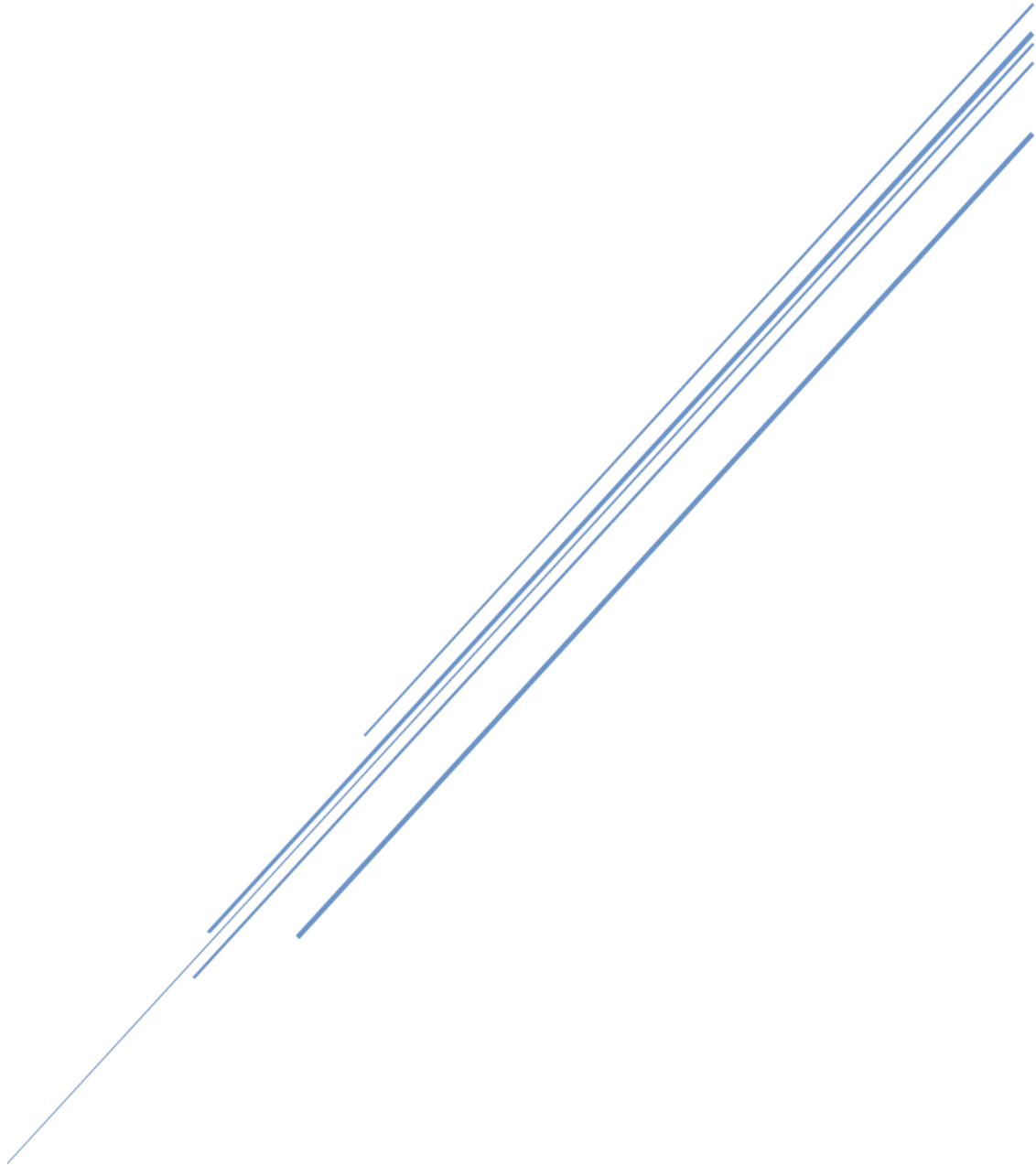
*Décimo.* El uso de las TIC favorece el mantenimiento de estos lazos familiares, permitiendo la circulación de los cuidados.

*Duodécimo.* Estas familias en origen expresan de demandas que pueden agruparse en aquellas de tipo práctico, emocional o político.

En definitiva, el estudio de caso nicaragüense permite comprobar cómo la fuerte demanda de trabajadores en el sector de los cuidados en España, favorece los flujos de migraciones femeninas por motivos laborales. Estas migraciones tienen una serie de repercusiones en las familias de origen, dando lugar al fenómeno conocido como cadenas globales de cuidados. A través de los mecanismos de circulación de cuidados que hemos relatado, estas familias transnacionales permanecen unidas a pesar de la distancia física que las separa.



## **IV PARTE: Conclusiones.**





---

## **CAPÍTULO 9: Conclusiones y reflexiones finales.**

---



“Fue la decisión más dura de mi vida, dejar acá a mis hijas, ir a lo desconocido... Después volverme, dejar a mis viejitos... me gustaba darles cuidados y ellos me necesitaban. Pero también el cuidado de mis hijas... Son decisiones que uno toma pues, pensando en el bien de todos.”

*(Estefanía regresó a Nicaragua tras siete años cuidando a mayores dependientes en España).*

## **9. CONCLUSIONES.**

El capítulo de las conclusiones se divide en cuatro grandes apartados. Por un lado, se resumen los resultados más importantes hallados en los capítulos de análisis, que se corresponden con la *III Parte* de esta investigación. A la vista de dichos resultados, se procederá a comprobar el estado de validación de las hipótesis de partida, así como el grado de cumplimiento de los objetivos.

A modo de reflexiones finales, se recogen algunas ideas y aportaciones que pueden realizarse desde el Trabajo Social hacia las cuestiones de cuidados a mayores en situación de dependencia y a las cuidadoras inmigrantes. Este capítulo finaliza con un apartado que indica las posibilidades de continuidad de esta investigación.

### **9.1. Resumen de los principales resultados.**

Durante el siguiente apartado, se van a resumir los principales hallazgos obtenidos en los cuatro capítulos de análisis de esta tesis doctoral.

### 9.1.1. Carga de cuidados informales en Aragón: principales resultados.

Tras aplicar la R.G.C.I. y la R.F.C.I., analizando la relación entre la población de potenciales cuidadores y de perceptores de cuidados en Aragón, una de las CCAA más envejecidas de España, en los años 1991, 2001, 2011 y 2015, se puede afirmar que el potencial de cuidado se ha ido reduciendo de manera acelerada, mostrando grandes desigualdades entre provincias aragonesas, donde Teruel da signos de un alto envejecimiento. Aplicando nuevamente ambas ratios, se analiza un segundo periodo, a partir de las proyecciones demográficas, para los años 2020, 2025 y 2029, para Aragón y sus provincias. Se observa que, durante estos años, se produce una leve desaceleración en la caída del potencial de cuidados en Aragón. Ambas ratios continuarán descendiendo, aunque con menor intensidad que en el primer periodo estudiado.

Se ha establecido una tipología de comarcas, en función del potencial de cuidado R.F.C.I., en la que podemos identificar grandes desigualdades territoriales. La primera tipología, llamada “Tipo 1: muy alto”, comprende únicamente la comarca D. C. Zaragoza, siendo el territorio más poblado de Aragón, que actúa como foco de atracción de población. Esta comarca tiene un alto potencial de cuidados, incluso superando ligeramente a la media española.

En el “Tipo 2: alto”, se encuentran 8 comarcas, entre las que no hay ninguna de la provincia de Teruel. Estas comarcas tienen en común unos bajos índices de sobreveejecimiento, además de haber atraído a población extranjera en los últimos años. Dentro del “Tipo 3: medio”, se localizan 13 comarcas. La situación entre estos territorios es muy heterogénea, coexistiendo comarcas en la que la R.F.C.I. crece a un ritmo muy lento, frente a comarcas en las que el potencial de cuidados está disminuyendo paulatinamente.

Siete comarcas aragonesas se sitúan en el “Tipo 4: bajo”. A excepción de la Comunidad de Calatayud, éstas comarcas tienen en común ser predominantemente rurales, sin importantes núcleos de población. El potencial de cuidadoras en estas comarcas se está reduciendo de manera contundente, mientras que aumenta el de población mayor de 80 años. Por último, 4 comarcas se incluyen dentro del “Tipo 5: muy

bajo”. Todas estas comarcas son rurales y tiene poca población; el potencial de cuidados se está reduciendo al tiempo que aumenta la población octogenaria. Los datos que arroja la R.F.C.I., son preocupantes:

1 mujer en edad de cuidar por cada 1 persona en edad de ser cuidada
---

En definitiva, los datos del aumento del envejecimiento en Aragón y de la disminución del potencial de cuidados existente en esta CCAA, demuestran el fuerte incremento en la demanda de cuidados y las desigualdades territoriales que se están produciendo. Ante esta situación, cabe preguntarse por la disponibilidad de servicios públicos de atención a la dependencia en la región aragonesa, así como por las estrategias que están llevando a cabo las familias para conciliar y para abastecer de cuidados a los mayores dependientes.

### **9.1.2. Evolución del SAAD en Aragón: principales resultados.**

Para conocer la evolución del SAAD, se analiza la situación de Aragón en cuanto a la tasa de cobertura, comparando su situación con el resto de CCAA, entre los años 2010 y 2015. En tan solo cinco años, Aragón pasa de ser una de las cinco CCAA con mayor tasa de cobertura, a estar entre las cinco con menor tasa de cobertura del SAAD: la tasa de cobertura ha disminuido notablemente en este periodo.

En cuanto al tipo de prestaciones concedidas en Aragón, se puede afirmar que predominan las de tipo económico, aun cuando la LAPAD establece que deben priorizarse las de tipo servicios. Aragón es la CCAA con menor número relativo de prestaciones de tipo servicios, con una brecha de 65,8 puntos con la región con mayor número de prestaciones de servicios (La Rioja). Por otro lado, aun cuando lo deseable es un predominio de prestaciones de atención comunitaria, para lograr que prevalezca el derecho de las personas a envejecer en su entorno, lo cierto es que en Aragón predominan las prestaciones de tipo institucional. Y en cuanto a las prestaciones de tipo profesional, Aragón se queda muy lejos de lograr alcanzar la media nacional, prevaleciendo todavía las prestaciones encaminadas al cuidado familiar.

Es decir, ante la fuerte demanda de cuidados en Aragón, se puede observar que el catálogo de prestaciones públicas del SAAD todavía no está consiguiendo satisfacer la necesidad de cuidados; las familias aragonesas van a tener que buscar otras estrategias para hacer poder atender a las personas mayores en situación de dependencia. Una de las vías de conciliación más comunes a las que recurrirán estas familias, en otras, será la contratación de mujeres inmigrantes como cuidadoras y empleadas del servicio doméstico.

### **9.1.3. Mujer inmigrante como cuidadora de mayores en situación de dependencia: principales resultados.**

A medida que la creciente demanda de cuidados en España el perfil del cuidador se ha ido diversificando. Una de las vías escogidas por las familias para conciliar ha sido la contratación de cuidadores, generalmente mujeres inmigrantes, que han contribuido a mitigar los efectos de la crisis del cuidado informal. Por este motivo, resulta relevante conocer las principales características de estas cuidadoras, su situación personal y laboral, así como el tipo de necesidades que expresan.

En cuanto a las características socio-demográficas de las cuidadoras, cabe destacar que son en su gran mayoría mujeres de mediana edad y solteras o divorciadas. El tiempo de residencia en España es muy variado; casi todas cuentan con permisos de trabajo. Los motivos económicos y la esperanza de rehacer sus vidas, son las principales razones que esgrimen para explicar su decisión de emigrar.

Asimismo, cuentan con diferentes niveles de estudios que van desde la educación primaria hasta los estudios universitarios, los cuales no siempre han podido homologar. Son muy pocas las que habían recibido previamente algún tipo de formación relacionada con el cuidado o la sanidad, suponiendo para ellas el primer contacto con personas dependientes. Aunque si bien es cierto que, posteriormente a su llegada a España, algunas han recibido algún curso específico, pero fuera del sistema educativo formal. No obstante, todas las cuidadoras refieren que donde más han aprendido ha sido directamente

en sus trabajos e insisten en que cada enfermo o persona dependiente que han cuidado, tiene unas necesidades específicas.

Sobre las personas a las que están cuidando, cabe destacar la avanzada edad de las mismas, que se sitúa por encima de los 75 años. Padecen enfermedades degenerativas, entre ellas las más frecuentes son el Alzheimer y el Párkinson, y, por lo tanto, necesitan de cuidados y supervisión continua. En muchos de los casos, estas cuidadoras desconocen si están recibiendo alguna ayuda concreta o si se encuentran reconocidos legalmente como dependientes; refieren que el hecho de tener más información sobre estos mayores, les facilitaría poder realizar mejor su trabajo.

En cuanto al tipo de actividades de cuidado que realizan, varía según sean internas o externas, ya que eso condiciona el número de horas que van a trabajar, siendo mucho mayor si trabajan como internas. Sin embargo, predominan aquellas familias que ofrecen puestos de internas, lo que propicia que las cuidadoras deban ocuparse de todo tipo de tareas, que van desde el cuidado y aseo personal, la limpieza y mantenimiento del hogar, compras y comidas, supervisión, traslados y visitas al médico, así como controlar todo lo relacionado con sus tratamientos médicos (como masajes o terapias cognitivas) y farmacéuticos. Estas labores deben realizarse diariamente y no siempre pueden hacerlas en las mejores condiciones, con lo que según las propias cuidadoras afirman, repercute negativamente en los mayores en situación de dependencia que de los que se están ocupando. En ocasiones, estas trabajadoras afirman que han acudido pensando que se iban a dedicar solamente a cuidar o a limpiar en ese hogar pero que, finalmente, se han tenido que ir haciendo cargo de ambas funciones.

Las principales motivaciones que encuentran para cuidar son la económica y la vocación para el cuidado. Reconocen que la crisis económica global las “ha empujado” a dedicarse a estas labores, ya que supone una fuente de ingresos inmediata para ellas, aunque todas preferirían trabajar en aquello para lo que se formaron. En todo caso, dentro de los puestos más accesibles para las mujeres inmigrantes, declaran preferir el cuidado a personas mayores: puede resultar una fuente de satisfacción y suelen contar que disfrutaban proporcionándolo. En función de la posibilidad o no de elegir este trabajo, las cuidadoras se sienten más o menos satisfechas con el mismo, aunque, por lo general, se

sienten queridas por las personas a las que atienden y acaban sintiéndose realizadas a través de su profesión.

Pese a que estas mujeres puedan reportar ciertas satisfacciones ejerciendo este trabajo de cuidados, la mayoría de estas cuidadoras refieren diferentes repercusiones a nivel físico/mental y social. Por un lado, el esfuerzo físico que deben realizar como parte de su trabajo, conlleva una serie de consecuencias en su salud, entre las que destacan los problemas de espalda, musculares y óseos. Además, soportan un alto estrés ocasionado por la propia sobrecarga del cuidado y las enfermedades que padecen las personas que acompañan, así como por el sentimiento de soledad y nostalgia que acarrea su condición de inmigrantes.

Por otro lado, al encontrarse lejos de su red social deben construir una nueva en sus destinos, lo cual no siempre es fácil debido a diferencias culturales y al escaso tiempo libre del que disponen. Internet facilita mantener la comunicación con sus allegados, pero reconocen una pérdida en cuanto a la frecuencia e intensidad de sus relaciones. También, debido del escaso tiempo libre del que disponen, a causa de sus interminables jornadas laborales, se han visto obligadas a abandonar casi por completo toda actividad de ocio, quedando éstas reducidas casi por completo al descanso y, tal y como se ha señalado, a la comunicación con sus familiares y amigos, tanto los que residen en sus países de origen, como con los que se han podido trasladar a España.

La forma más común para que se produzca el contacto entre trabajadoras y empleadores y, por consiguiente, su acceso al puesto laboral, es el “boca a boca”, es decir, suelen hacer uso de su red de apoyo privada para buscar trabajo, incluso, de ONG y organizaciones religiosas, aunque si son los empleadores los que realizan la búsqueda, acuden a organizaciones o servicios especializados.

Por otro lado, destacan las precarias condiciones laborales que sufren, sobre todo si están internas en el hogar del dependiente, en las que no se respetan los horarios establecidos de trabajo (llegando incluso a jornadas intensivas de veinticuatro horas sin descansos), no cobran horas extras y en muchos casos cuidan sin contratos o con total desconocimiento de sus derechos como trabajadoras. Con todo, prefieren trabajar en

calidad de internas porque eso supone para ellas no tener que hacerse cargo de los gastos de un alquiler, aunque sea en detrimento de su calidad de vida. Debido a esas interminables jornadas laborales, no suelen compaginar los cuidados con otros mayores dependientes, salvo que trabajen por horas, en cuyo caso buscan poder hacer algunas horas nocturnas con otra persona que necesite sus cuidados.

El reconocimiento social que reciben estas cuidadoras es escaso, y una vez más se reafirma la invisibilización de un cuidado (en todas las etapas del a vida) que se atiende únicamente al ámbito privado de las familias. Ellas mismas así lo identifican y señalan sus malas condiciones laborales para demostrar el nulo interés de las autoridades públicas para contribuir a mejorar su situación.

En función del tipo de familia en la que viva la persona dependiente, estas cuidadoras detectan necesidades para estos mayores en base a ayudas que mejoren su calidad de vida, o bien de mayor atención por parte de sus familiares para que puedan no solo complementar el cuidado, sino, además, proporcionarles el cariño que precisan. Las necesidades de estas cuidadoras, según ellas mismas manifiestan, pasan por mejorar sus condiciones laborales. Sus peticiones suelen estar relacionadas, de manera más o menos implícita, por mejorar su nivel de ingresos, que sus horas de descanso sean respetadas, vacaciones y otra serie de cuestiones de las que carecen, como derecho a paro.

Como se ha ido desarrollando a lo largo del capítulo, este tipo de empleo coloca a las trabajadoras inmigrantes ante claras situaciones de vulnerabilidad. La mayoría de ellas carecen de estabilidad jurídica y/o laboral y, sumado a las barreras que conlleva la privacidad de los hogares, se contribuye a la invisibilización de este colectivo.

Sin embargo, no deben olvidarse los beneficios que estas cuidadoras aportan a la sociedad española en su conjunto, más allá del propio servicio de atención a los mayores dependientes: por un lado, promueven la conciliación laboral y familiar, y por otro, compensan las carencias de recursos públicos adecuados.

Por todo ello surge la necesidad de elaborar políticas específicas que recojan las principales necesidades de este colectivo, que pasan por lograr una mayor visibilización

y reconocimiento de su labor, así como la consideración del acto de cuidado no como una mera actividad doméstica, sino como un trabajo. Resulta por tanto prioritario reforzar su estatus como trabajadoras y dotarlas de protección jurídica en el ámbito laboral y de derechos que las igualen al resto de trabajadores. Además, el estado debería asumir su responsabilidad en lo referente a la provisión pública de servicios de cuidado y a favorecer la entrada de los hombres en estas actividades.

De lo que se trataría entonces, y tal como señalaba Gregorio (2010, p. 111), sería contribuir “a la desnaturalización de la relación ‘mujer = madre = cuidadora’ como un hecho dado, enfatizando en los procesos políticos e históricos que construyen cuerpos generalizados, sexualizados, racializados, etnizados y desterritorializados en su relación con el cuidado”.

#### **9.1.4. La demanda de cuidados en España y su impacto en las familias nicaragüenses: principales resultados.**

La fuerte demanda de cuidados en España se ha convertido en un nicho laboral para las mujeres migrantes, que ven en ese sector, no solo una oportunidad para ellas mismas, sino también para sus familias en origen. El fenómeno conocido como “cadenas globales de cuidados” (Hochschild, 2001), permite explicar y conceptualizar este escenario transnacional. Dada la reciente intensidad de las migraciones centroamericanas hacia España y las repercusiones que estas tienen en los países de origen, se ha escogido Nicaragua como estudio de caso, para conocer la realidad de estas familias transnacionales.

El proyecto migratorio nicaragüense con destino a España (para insertarse en el sector de los cuidados), está encabezado, casi siempre, por una mujer soltera o divorciada, generalmente madre, entre los 21 y los 55 años y que, además, con frecuencia ejercerá la jefatura de hogar. Estas mujeres, antes de su partida, serán las encargadas de las tareas domésticas y de cuidado en el seno de sus familias. Las mujeres migrantes nicaragüenses suelen escoger como destino en España ciudades tales como Madrid o Barcelona, pero también Zaragoza y Bilbao pues en ambas localidades tienen ya creadas redes de apoyo



(a través de familiares y amigos que migraron previamente), que favorecen la provisión de alojamiento y la búsqueda de empleo a su llegada.

En Nicaragua predomina la familia extensa que convive en un mismo domicilio, permitiendo afrontar los gastos y costes de vida. Incluso, si la mujer migrante tiene hijos que no van a viajar con ella, estos pasan a integrarse en el hogar familiar como estrategia de cuidado.

Las familias entrevistadas no suelen conocer todos los detalles laborales de la cuidadora en destino, pero destacan que, por lo general, accedieron a él por algún familiar que ya estaba residiendo en España. Además, muchas de estas familias identifican malas condiciones laborales: refieren muchas horas de trabajo o inestabilidad laboral. Estos datos coinciden con los hallados en el *Capítulo 7*. Es necesario remarcar que para estas trabajadoras el cuidado no va a suponer su primera experiencia laboral: las familias refieren que antes de su marcha ya estaban trabajando en Nicaragua.

Las remesas de tipo económico son especialmente importantes para las familias en origen. En el momento que estas cuidadoras empiezan a trabajar comienzan a enviar dinero a sus familiares, salvo que hayan contraído alguna deuda previa o asociada a su viaje, con lo que primero dedican sus ingresos a saldarla. Las familias reciben las remesas de manera periódica, generalmente mensualmente, en cantidades que pueden oscilar entre los 100 y los 300 dólares. Estas remesas pueden tener varios destinos o cubrir diversos objetivos, en función de las condiciones de cada familia, pero pueden agruparse en: cuidado de menores y mayores, adquisición o mejora del hogar, el ahorro o la inversión en negocios familiares. Conjuntamente con las remesas monetarias, estas familias reciben también otro tipo de regalos, especialmente en fechas señaladas o cuando surge algún tipo de emergencia puntual. Estas remesas están doblemente feminizadas, pues son generadas y gestionadas por mujeres.

Además del cambio económico que suponen las remesas, la partida de la mujer va a suponer para estas familias una serie de cambios, especialmente ligados al nuevo reparto de tareas del hogar o cuidados dentro del hogar. Por lo general, será otra mujer la que asuma estas funciones, pero en ningún momento, la mujer migrante dejará de participar

en las dinámicas y decisiones familiares, sino que tendrá lugar una circulación de cuidados entre todos los miembros de esa familia. Los hijos menores de estas mujeres migrantes suelen afrontar de manera desigual la separación de sus madres, aunque todas familias refieren un periodo de duelo. Los adolescentes, además del duelo, suelen manifestar también enfado ante la separación.

Gracias a las TIC, fundamentalmente, estas familias mantienen la comunicación y los lazos afectivos entre todos sus miembros. Favorecen la comunicación diaria, instantánea y, por lo tanto, la toma de decisiones dentro de la familia. Los vínculos permanecen fuertes entre todos los miembros, aunque añoran el contacto físico.

En cuanto a las necesidades que estas familias manifiestan, se pueden agrupar en tres categorías: la primera sería de tipo práctico, en la que se demanda una mejora de las condiciones laborales de sus familiares en destino; la segunda podría catalogarse como de tipo emocional, en el que los familiares expresan deseos de reunirse lo antes posible; y, en tercer lugar, estarían las demandas de tipo político, que incluyen la mejora de las condiciones de vida en Nicaragua.

## 9.2. Validación de hipótesis y objetivos.

A lo largo de este apartado se explica cómo las hipótesis formuladas en el *Capítulo 2* sobre metodología, se han ido verificando a través de esta investigación; además se comprueba el grado de cumplimiento de los objetivos generales y específicos.

**1ª HIPÓTESIS:** *Ante los cambios sociales experimentados en la sociedad española, los retos derivados del envejecimiento de la población y el actual desarrollo de la Ley de la Dependencia en Aragón, el cuidado se convierte en un nicho laboral que, con frecuencia, es ocupado por mujeres inmigrantes.*

El desarrollo de los *Capítulos 5 y 6* ha permitido verificar la primera parte de esta hipótesis, relativa al envejecimiento y el desarrollo del SAAD en Aragón. Es decir, estos dos estudios han permitido comprobar el fuerte envejecimiento de esta CCAA y los escasos cuidadores/as informales con los que cuenta Aragón para hacer frente a la demanda de cuidados, así como el estancamiento que está sufriendo el SAAD en Aragón, que no está favoreciendo el cuidado entre personas mayores en situación de dependencia (en los términos que señala la propia LAPAD).

La última parte de esta hipótesis se ha podido comprobar a través de la revisión bibliográfica reflejada en el *Capítulo 3* y, especialmente, en el *Capítulo 4*, en el que se enmarcan los flujos migratorios femeninos y la situación de partida de las cuidadoras inmigrantes. De este modo, se puede afirmar que estas mujeres han suplido, en parte, la fuerte demanda de cuidados existente en el territorio aragonés. En concreto, estos capítulos han permitido alcanzar los objetivos A y B, incluidos todos sus con sus objetivos específicos correspondientes:

***A. Analizar la distribución de la carga de cuidados informales Aragón.***

La carga de cuidados informales en Aragón ha sido estudiada a lo largo del *Capítulo 5*. En concreto, se ha podido medir la evolución de la carga de cuidados informales en Aragón, dentro del periodo 1991 – 2015. Para medir esta carga de cuidados se elaboró una ratio que tenía en cuenta el perfil mayoritario de cuidadores informales en España: por este motivo, se atendió también a la ratio femenina de cuidados informales. Además, se compararon los resultados obtenidos en Aragón con la media española.

Por otro lado, este análisis incluyó las proyecciones demográficas de las comarcas aragonesas, en el periodo 2020-2029, con el fin de conocer las previsiones en cuanto a la posible evolución que las ratios de cuidado informal iban a tener en Aragón. Este análisis comarcal permitió establecer una tipología de comarcas, en función de la ratio de cuidados informales.

***B. Examinar el desarrollo del Sistema de Atención y Dependencia en Aragón.***

Para poder culminar este objetivo, se ha desarrollado el *Capítulo 6*, en el que se ha llevado a cabo un estudio de la evolución del SAAD, tanto en Aragón como en España, desde sus inicios hasta el año 2015. Dentro de ese análisis, se ha prestado especial atención al tipo de prestaciones que se están concediendo en cada una de las CCAA, con la finalidad de establecer qué tipologías o modelos de atención a la dependencia están cristalizando en cada región y determinar la brecha que se está produciendo en España con relación a los servicios y prestaciones de cuidados públicos para personas en situación de dependencia.

-----  
**Por todo ello, se puede confirmar que se verifica la primera hipótesis de esta tesis doctoral y que se han cumplido los objetivos relacionados con la misma.**  
-----

***2ª HIPÓTESIS: El trabajo que realizan estas cuidadoras inmigrantes es precario e invisible, pero juega un papel fundamental para tanto para las familias españolas que recurren a ellas, como para las familias en sus países de origen.***

La primera parte de esta hipótesis, relativa a la precariedad laboral e invisibilidad social que sufren las cuidadoras inmigrantes, ha quedado demostrada a lo largo del *Capítulo 7*, pues se ha podido comprobar cómo este trabajo de cuidados es percibido por los profesionales y auto-percibido por estas mujeres inmigrantes, como precario e invisible. Las condiciones laborales halladas durante el trabajo de campo, así lo ponen

de manifiesto. Los *Capítulos 3 y 4* han permitido conceptualizar el importante papel que las mujeres inmigrantes están ejerciendo ante la fuerte demanda de cuidados.

Las cuidadoras inmigrantes en España, a través de las remesas económicas y sociales que envían a sus familias en origen, están contribuyendo al sostenimiento de las familias, generando un cuidado transnacional que circula entre todos sus miembros, tal y como se ha podido constatar a través del *Capítulo 7*. A nivel específico, estos capítulos han permitido conseguir alcanzar los objetivos C y D:

***C. Analizar la situación de las cuidadoras inmigrantes que trabajan en Aragón cuidando a personas mayores en situación de dependencia.***

El estudio llevado a cabo en el *Capítulo 7* ha alcanzado todos los objetivos específicos que se marcaban. Se han podido identificar las características sociodemográficas, tanto de las cuidadoras como de las personas a las que están cuidando. Por otra parte, se han determinado las características del empleo de estas cuidadoras, incluyendo, el tipo de trabajo que realizan, sus condiciones laborales, sus motivaciones y repercusiones. Además, se han detectado las necesidades y demandas más expresadas por estas mujeres inmigrantes.

***D. Conocer la influencia de las migraciones femeninas en torno a los cuidados en las familias en origen, mediante el estudio del caso nicaragüense.***

El estudio llevado a cabo en el *Capítulo 8* ha posibilitado conocer cómo son las características sociodemográficas de las cuidadoras, tanto en origen como en destino, así como las reestructuraciones a las que deben hacer frente estas familias transnacionales. Además, se han identificado las principales necesidades y demandas que estas familias perciben y expresan, en destino y en origen.

-----

**Por todo ello, se puede confirmar que se verifica la segunda hipótesis de esta tesis doctoral y que se han cumplido los objetivos relacionados con la misma.**

-----

### 9.3. Algunos elementos para la reflexión desde el Trabajo Social.

Esta tesis doctoral se ha desarrollado en un contexto de crisis económica, durante el cual, los Servicios Sociales han sufrido fuertes recortes en todas sus áreas de intervención. Sin embargo, a pesar de las dificultades, las trabajadoras y trabajadores sociales han sido capaces de demostrar que el Trabajo Social es una disciplina con una gran capacidad de innovación, de transformación y de búsqueda del bienestar de la población, incluso en los contextos más hostiles (Uceda, 2015), generando espacios de acompañamiento social, de apoyo profesional y de visibilización de realidades. Todo ello, a través de la sistematización de la práctica, la ética profesional, la acción profesional y colectiva, así como mediante la investigación. En concreto, el Trabajo Social aporta una mirada global hacia los problemas y necesidades sociales, tratando de aunar el análisis en profundidad de los contextos en los que existen demandas y necesidades, con intervenciones y soluciones de los problemas, haciendo partícipes, tanto a las personas, grupos, comunidades e instituciones, de los procesos sociales encaminados a la mejora conjunta de la sociedad<sup>87</sup>.

---

<sup>87</sup> De manera específica, el Trabajo Social fue definido por la Asociación Internacional de Escuelas del Trabajo Social (AIETS) y la Federación Internacional del Trabajo Social (FITS) de manera conjunta (en el año 2014 en Melbourne, Australia, como: “El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldado por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar” (Lima-Fernández, 2014).

En cuestiones relativas a los cuidados, desde el Trabajo Social se han llevado a cabo numerosas investigaciones y propuestas de intervención. Destacan los programas dirigidos a todos los tipos de cuidadores (hombres, mujeres, personas inmigrantes...) y las propuestas encaminadas a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia: personas mayores siendo cuidadas en sus hogares, en residencias, enfermos de Alzheimer y otras enfermedades degenerativas de larga duración, eliminación de barreras arquitectónicas dentro y fuera de los hogares... y un largo etcétera de temáticas abordadas desde esta disciplina, que han favorecido las condiciones de las personas dependientes y sus cuidadores.

Por otro lado, a principios de la década de los 90, cuando España estaba siendo uno de los destinos migratorios preferidos por las mujeres latinoamericanas atraídas por el mercado laboral en torno a los cuidados, en cuestiones relativas a las migraciones, el Trabajo Social se había posicionado más desde una perspectiva pasiva, aplicando programas sociales, pero sin haber logrado ser una disciplina clave en cuanto a la capacidad de proponer y de influir en la política social (De la Red, 1997). Sin embargo, en poco tiempo, las investigaciones en Trabajo Social iban a mostrar que, a través de este campo científico, se podían realizar propuestas e intervenciones altamente interesantes (Barrera, Malagón y Sarasola, 2012). A la luz de los resultados de esta investigación, algunas de las líneas de intervención que podrían proponerse o se podrían reforzar desde el Trabajo Social, serían:

- Propuesta de programas y políticas que tengan en cuenta el factor transnacional que tienen estas migraciones. Es decir, los servicios sociales deberían tener en cuenta la repercusión que los programas tienen, no solo sobre las cuidadoras en destino, sino también en sus familias de origen.
- La incorporación de la perspectiva de género en los programas e intervenciones, pues el hecho de la feminización de los cuidados y el fenómeno de los flujos migratorios femeninos, conllevan un fuerte componente estructural que debe ser tenido en cuenta si se quiere incidir en las raíces del problema.
- La situación laboral de partida de estas mujeres cuidadoras, ya que se encuentran en una esfera laboral “invisible”, que se producen dentro de los

hogares; además, las cuidadoras inmigrantes a menudo soportan largas jornadas laborales que les impiden acudir a los servicios y programas, por lo que los trabajadores sociales deben buscar las estrategias para intervenir.

#### 9.4. Prospectiva y continuidad de la investigación.

Esta tesis doctoral ha aportado ciertas **novedades** científicas en cada uno de los capítulos de análisis, dando a conocer el contexto de envejecimiento aragonés, la capacidad de asumir el cuidado informal de las familias y el desarrollo del SAAD en Aragón. Además, ha permitido conocer la situación de las cuidadoras inmigrantes, así como la repercusión de su migración en sus familias en origen, tomando Nicaragua como estudio de caso. Todos los capítulos se han analizado desde una perspectiva de género. En concreto, estas novedades de investigación, se pueden resumir en las siguientes:

*En primer lugar*, se ha elaborado una nueva ratio para medir la capacidad de un territorio de asumir el cuidado informal de mayores en situación de dependencia, adaptada al perfil mayoritario de cuidadores que tenemos en España.

*En segundo lugar*, se ha establecido una tipología de prestaciones del SAAD que permite realizar análisis y comparación, con el objetivo de conocer el estado de los servicios, en el territorio español, de los servicios de atención a la dependencia.

*En tercer lugar*, se ha analizado el papel que ejercen las cuidadoras inmigrantes en Aragón, CCAA en la que todavía no se han realizado suficientes estudios sobre la realidad de estas mujeres inmigrantes, contado, además, con la perspectiva de profesionales del Trabajo Social que intervienen o conocen de primera mano la realidad de estas cuidadoras.

*En cuarto lugar*, se ha explorado la repercusión de las migraciones femeninas en las familias en origen, aportando el estudio de caso de Nicaragua, puesto que las



migraciones nicaragüenses y centroamericanas con destino a España son todavía un campo reciente en este país y poco explorado.

Sin embargo, pese a los hallazgos presentados en este trabajo, a partir de estos mismos estudios, surgen nuevas ideas o campos que podrían suponer la **continuidad** de esta investigación en un futuro:

*Primero.* En relación al *Capítulo 5*, se proponen dos líneas futuras de investigación. La primera línea de continuidad iría encaminada a la actualización de los resultados con nuevos datos demográficos, como, por ejemplo, nuevos censos o proyecciones de población. La segunda propuesta iría dirigida a aplicar estas ratios a otros territorios españoles y europeos, así como a establecer comparaciones entre esas zonas. Estos análisis pueden abrir vías para la propuesta de estrategias y políticas enfocadas a contribuir a la calidad de vida de cuidadores y personas en situación de dependencia, en función de las situaciones de partida con las que cuenta cada territorio.

*Segundo.* Las vías de investigación que se abren en el *Capítulo 6* están, nuevamente, relacionadas con la posibilidad de actualización de los datos del estudio y su comparación con la situación que se está desarrollando en cada una de las CCAA españolas. Sin duda, las investigaciones en relación al SAAD contribuyen a la visibilización de las desigualdades territoriales y a conocer los modelos de éxito en el cuidado a personas mayores.

*Tercero.* Respecto a la situación de las cuidadoras inmigrantes en Aragón, abordada en el *Capítulo 7*, se pueden plantear replicar esta investigación en el ámbito rural y observar si existen diferencias entre las condiciones de estas cuidadoras en función de su entorno.

*Cuarto.* Y, por último, en relación a la continuidad de los hallazgos del *Capítulo 8*, sería interesante seguir desarrollando las características de las migraciones centroamericanas con destino España, ampliando el estudio al resto de países de la zona.

En definitiva, el estudio del envejecimiento, la dependencia y las migraciones femeninas en torno al sector de los cuidados, que han sido el objeto de esta tesis doctoral, son áreas vivas, en continua transformación, que presentan nuevos retos y desafíos en la sociedad española y europea, por lo que precisan de constante observación, revisión, estudio y puesta en marcha de prácticas de intervención; ante esta cambiante realidad, la investigación en Sociología y Trabajo Social podrán aportar certeros análisis e intervenciones sociales que logren el bienestar de las personas, grupos y comunidades.



## **9. CONCLUSIONS (English version).**

The chapter of the conclusions is divided into four major sections. On the one hand, the principal results found in the analysis chapters are summarised, which correspond to the III Part of this investigation. Given these results, we will proceed to check the validation status of the starting hypotheses, as well as the degree of compliance with the objectives.

By way of final reflections, some ideas and contributions that can be made from the Social Work to the issues of care for the elderly in situations of dependency and immigrant carers are collected. This chapter ends with a section that indicates the possibilities of continuity of this investigation.

### **9.1. Summary of the main results.**

During the following article, the main findings obtained in the four chapters of analysis of this doctoral thesis will be summarised.

#### ***9.1.1. The burden of informal care in Aragon: main results.***

After applying the R.G.C.I. moreover, the R.F.C.I., analysing the relationship between the population of potential caregivers and recipients of care in Aragon, one of

the most ageing CCAA in Spain, in the years 1991, 2001, 2011 and 2015, it can be said that the caring potential is has been reducing in an accelerated way, showing great inequalities between Aragonese provinces, where Teruel gives signs of a high ageing. For the demographic projections, for the years 2020, 2025 and 2029, it is applying both ratios again, for Aragón and its provinces. It is observed that, during these years, there is a slight deceleration in the fall of care potential in Aragon. Both ratios will continue to fall, although with less intensity than in the first period studied.

A typology of counties has been established, based on the care potential R.F.C.I., in which we can identify large territorial inequalities. The first typology, called "Type 1: very high", only includes the region D.C. Zaragoza, being the most populated territory of Aragon, which acts as a focus of population attraction. This region has a high potential for care, even slightly exceeding the Spanish average.

In the "Type 2: high", there are eight regions, among which there is none in the province of Teruel. These regions have low over-ageing rates in common, in addition to having attracted a foreign population in recent years. Within "Type 3: medium", 13 counties are located. The situation between these territories is very heterogeneous, coexisting regions where the R.F.C.I. it grows at a very slow rate, compared to areas where the caring potential is gradually decreasing.

Seven Aragonese regions are located in "Type 4: low". Except for the Community of Calatayud, these regions have in common being predominantly rural, without important population centres. The potential of caregivers in these regions is being reduced dramatically, while that of the population over 80 years of age increases. Finally, four counties are included in "Type 5: very low". All these regions are rural and have a small population; the potential for care is being reduced while the octogenarian population increases. The data provided by the R.F.C.I., are worrying:

<b>1 woman of caring age for every 1 person of age to be cared for</b>
--

In short, the data on the increase in ageing in Aragon and the decrease in the caring potential existing in this Autonomous Region, show the substantial increase in the

demand for care and the regional inequalities that are taking place. Given this situation, it is worth asking about the availability of public services to care for dependence in the Aragonese region, as well as the strategies that families are carrying out to conciliate and to provide care for dependent older adults.

### ***9.1.2. Evolution of the SAAD in Aragon: main results.***

In order to know the evolution of the SAAD, the situation of Aragon is analysed in terms of the coverage rate, comparing its position with the rest of the Autonomous Communities, between 2010 and 2015. In just five years, Aragón becomes one of the five CCAA with the highest coverage rate, to be among the five with the lowest rate of coverage of the SAAD: the coverage rate has decreased significantly in this period.

Concerning the type of benefits granted in Aragón, it can be said that the economic type predominates, even though the LAPAD establishes that services should be prioritised. Aragón is the Autonomous Community with the lowest relative number of service-type benefits, with a gap of 65.8 points with the region with the highest number of services (La Rioja). On the other hand, even when what is desirable is a predominance of community care services, to ensure that the right of people to age in their environment prevails, the fact is that in Aragon institutional benefits predominate. So as for professional-type benefits, Aragon is far from achieving the national average, still prevailing benefits aimed at family care.

In other words, given the strong demand for care in Aragon, it can be seen that the public benefits catalogue of SAAD is not yet able to satisfy the need for care; the Aragonese families are going to have to look for other strategies to make it possible to care for the elderly in situations of dependency. One of the most common means of conciliation to which these families will resort, in others, will be the hiring of immigrant women as caretakers and domestic workers.

**9.1.3. Immigrant woman as a caregiver of older adults in a dependent situation: main results.**

As the growing demand for care in Spain, the profile of the caregiver has been diversifying. One of the routes chosen by families to reconcile has been the hiring of caregivers, generally immigrant women, who have helped to mitigate the effects of the informal care crisis. For this reason, it is relevant to know the main characteristics of these caregivers, their personal and work situation, as well as the type of needs they express.

Regarding the socio-demographic characteristics of the caregivers, it should be noted that they are mostly middle-aged women and single or divorced. The residence time in Spain is very varied; almost all have work permits. The economic reasons and the hope to rebuild their lives are the main reasons they use to explain their decision to emigrate.

Likewise, they have different levels of studies ranging from primary education to university studies, which they have not always been able to approve. Very few have previously received any training related to care or health, assuming for them the first contact with dependents. Despite that after arriving in Spain, some have received some specific course, but outside the formal education system. However, all caregivers report that where they have learned most has been directly in their jobs and insist that each patient or dependent person they have cared for has specific needs.

About the people they are caring for, it is worth noting the advanced age of the same, which is over 75 years old. They suffer from degenerative diseases, among which the most frequent are Alzheimer's and Parkinson's, and, therefore, they need continuous care and supervision. In many of the cases, these caregivers do not know if they are receiving any specific help or if they are legally recognised as dependents; They say that having more information about these elders would make it easier for them to do their job better.

Regarding the type of care activities they perform, it varies depending on whether they are internal or external, since this conditions the number of hours they will work, being much longer if they work as interns. However, those families that offer internships

predominate, which encourages caregivers to take care of all kinds of tasks, ranging from the care and personal hygiene, cleaning and maintenance of the home, shopping and meals, supervision, transfers and visits to the doctor, as well as controlling everything related to their medical treatments (such as massage or cognitive therapies) and pharmaceuticals. These tasks must be carried out daily, and they cannot always do them in the best conditions, with what, according to the caregivers themselves, it has an adverse effect on the elderly in situations of dependency than on those who are working. Sometimes, these workers say they have come thinking that they were going to dedicate only to care or clean in that home but that, finally, they have had to take charge of both functions.

The main motivations they find to care for are the economic and the vocation for care. They recognise that the global financial crisis "has pushed" them to dedicate themselves to these tasks, since it supposes a source of immediate income for them, although they would all prefer to work in what they were formed for. In any case, among the most accessible positions for immigrant women, they declare that they prefer to care for the elderly: it can be a source of satisfaction, and they often say that they enjoy providing it. Depending on the possibility or not of choosing this job, caregivers feel more or less satisfied with it, although, in general, they feel loved by the people they serve and end up feeling fulfilled through their profession.

Although these women can report certain satisfactions exercising this care work, most of these caregivers report different repercussions at a physical/mental and social level. On the one hand, the physical effort that must be carried out as part of their work entails a series of consequences in their health, among which the back, muscular and bony problems stand out. Besides, they endure high stress caused by their overload of care and diseases suffered by the people they accompany, as well as by the feeling of loneliness and nostalgia that comes with their status as immigrants.

On the other hand, being away from their social network must build a new one in their destinations, which is not always easy due to cultural differences and the limited free time available. Internet facilitates maintaining communication with their relatives, but they recognise a loss in terms of the frequency and intensity of their relationships.



Also, due to the limited free time they have, because of their interminable working hours, they have been forced to abandon almost all leisure activity, being reduced practically wholly to rest and, as has been pointed out, to communication with family and friends, both those who reside in their countries of origin, and those who have been able to move to Spain.

The most common way for contact between workers and employers to occur and, consequently, their access to the job, is "word of mouth," that is, they often make use of their private support network to look for work, including, of NGOs and religious organizations, although if they are the employers who carry out the search, they go to organizations or specialized services.

On the other hand, they emphasize the precarious working conditions that they suffer, especially if they are internal in the dependent's home, in which the established working hours are not respected (even reaching intensive days of twenty-four hours without breaks), they do not charge extra hours and in many cases are caring without contracts or with total ignorance of their rights as workers. However, they prefer to work as interns because that means they do not have to take care of the expenses of rental, even if it is to the detriment of their quality of life. Due to these interminable working days, they do not usually combine care with other dependent seniors, unless they work for hours, in which case they seek to be able to do some night hours with another person who needs their care.

The social recognition that these caregivers receive is scarce, and once again the invisibilization of care (in all stages of life) is reaffirmed that is only seen in the private sphere of the families. They identify it and point out their poor working conditions to demonstrate the lack of interest of public authorities to help improve their situation.

Depending on the type of family in which the dependent person lives, these caregivers detect needs for these elderly based on aids that improve their quality of life, or more attention from their families so that they can not only complement the care but also provide them with the love they need. The needs of these caregivers, as they say, go through improving their working conditions. Their requests are usually related, more or

less implicitly, to improve their income level, that their hours of rest are respected, holidays and other issues that they lack, as a right to unemployment.

As it has been developed throughout the chapter, this type of employment places immigrant workers in explicit situations of vulnerability. Most of them lack legal and/or labour stability and, added to the barriers that the privacy of the homes entails, contributes to the invisibility of this group. However, the benefits that these caregivers bring to the Spanish society as a whole should not be forgotten, beyond the care service for the dependent elderly: on the one hand, they promote work and family conciliation, and on the other, they compensate for the shortcomings of adequate public resources.

For all these reasons, there is a need to elaborate specific policies that reflect the main needs of this group, which involve achieving greater visibility and recognition of their work, as well as the consideration of the act of care not as a mere domestic activity, but as work. It is, therefore, a priority to strengthen their status as workers and provide them with legal protection in the workplace and rights that equal the rest of workers. Besides, the state should assume its responsibility with the public provision of care services and encourage the entry of men into these activities.

What would be treated then, and as Gregorio (2010, p. 111) pointed out, would contribute "to the denaturalization of the relationship` woman = mother = caregiver 'as a given fact, emphasizing the political and historical processes that build generalized, sexualized, racialized, ethnized and deterritorialized bodies in their relationship with care".

#### ***9.1.4. The demand for care in Spain and its impact on Nicaraguan families: main results.***

The strong demand for care in Spain has become a labour niche for migrant women, who see in this sector, not only an opportunity for themselves, but also for their families in origin. The phenomenon known as "global care chains" (Hochschild, 2001), allows us to explain and conceptualise this transnational scenario. Given the recent intensity of

Central American migrations to Spain and the repercussions that these have in the countries of origin, Nicaragua has been chosen as a case study, to know the reality of these transnational families.

The Nicaraguan migratory project destined to Spain (to be inserted in the care sector), is headed, almost always, by a single or divorced woman, generally a mother, between 21 and 55 years old and who, also, will frequently exercise the head of household. These women, before their departure, will be responsible for household chores and care within their families. Nicaraguan migrant women usually choose cities such as Madrid or Barcelona as a destination in Spain, but also Zaragoza and Bilbao, since they have already created support networks (through family members and friends who previously migrated), which favour the provision of accommodation and the job search upon arrival.

In Nicaragua, the extended family coexists, living in the same home, allowing them to face the expenses and costs of living. Even if the migrant woman has children who are not going to travel with her, they go on to integrate into the family home as a care strategy.

The interviewed families do not usually know all the job details of the caregiver at the destination, but they emphasise that, in general, they agreed to it by a relative who was already residing in Spain. In addition, many of these families identify poor working conditions: they report many hours of work or job instability. These data coincide with those found in Chapter 7. It is necessary to remark that for these workers the care is not going to imply their first work experience: the families report that before their departure they were already working in Nicaragua.

Remittances of an economic nature are especially important for families in origin. When these caregivers begin to work, they start sending money to their relatives, unless they have contracted any previous or associated debt to their trip, with which they first dedicate their income to pay it off. Families receive remittances periodically, usually monthly, in amounts that can range between \$ 100 and \$ 300. These remittances can have several destinations or cover different objectives, depending on the conditions of each family, but can be grouped into the care of children and adults, acquisition or

improvement of the home, savings or investment in family businesses. Along with monetary remittances, these families also receive other types of gifts, especially on specific dates or when some emergency emerges. These remittances are double feminised because they are generated and managed by women.

In addition to the economic change that remittances imply, the departure of women will mean a series of changes for these families, mainly linked to the new distribution of household tasks or care within the home. In general, it will be another woman who assumes these functions, but in no time, the migrant woman will stop participating in family dynamics and decisions, but there will be a circulation of care among all the members of that family. The minor children of these migrant women often face different separation from their mothers, although all families report a period of mourning. Adolescents, in addition to grief, usually also express anger at the separation.

Thanks to ICT, fundamentally, these families maintain communication and affective ties among all their members. They favour daily, instantaneous communication and, therefore, decision-making within the family. The bonds remain strong among all members, although they long for physical contact.

With regard to the needs that these families manifest, they can be grouped into three categories: the first would be of a practical nature, in which an improvement in the working conditions of their families at the destination is demanded; the second could be classified as emotional, in which the relatives express their desire to meet as soon as possible; and, third, there would be political demands, which include the improvement of living conditions in Nicaragua.

## **9.2. Validation of hypotheses and objectives.**

Throughout this section, we explain how the hypotheses formulated in *Chapter 2* on methodology have been verified through this investigation; Besides, the degree of compliance with the general and specific objectives is checked.

***1st HYPOTHESIS:*** *Given the social changes experienced in Spanish society, the challenges arising from the ageing of the population and the current development of the Law of Dependency in Aragon, care becomes a labour niche that is often occupied by immigrant women.*

The development of *Chapters 5* and *6* has allowed us to verify the first part of this hypothesis, regarding ageing and the development of SAAD in Aragón. That is to say, these two studies have allowed proving the strong ageing of this Autonomous Community and the few informal caregivers that Aragon has to face the demand for care, as well as the stagnation that the SAAD is suffering in Aragon, which is not it is favouring care among the elderly in a situation of dependency (in the terms indicated by LAPAD itself).

The last part of this hypothesis has been verified through the bibliographic review reflected in *Chapter 3* and, especially, in *Chapter 4*, which frames the migratory flows of women and the departure situation of immigrant caregivers. In this way, it can be affirmed that these women have partially replaced the strong demand for care in the Aragonese territory. In particular, these chapters have made it possible to achieve *Objectives A* and *B*, including all of them with their corresponding specific goals:

***A. Analyse the distribution of the informal care load Aragón.***

The burden of informal care in Aragon has been studied throughout *Chapter 5*. Specifically, it was possible to measure the evolution of a load of informal care in Aragón, within the period 1991 - 2015. To estimate this burden of care, a ratio that took into account the majority profile of informal caregivers in Spain: for this reason, the female ratio of informal care was also taken into account. In addition, the results obtained in Aragon were compared with the Spanish average.

On the other hand, this analysis included the demographic projections of the Aragonese regions, in the period 2020-2029, in order to know the forecasts regarding the possible evolution that the informal care ratios were going to have in Aragón. This regional analysis allowed the establishment of a typology of counties, according to the ratio of informal care.

***B. Examine the development of the Care and Dependency System in Aragón.***

To complete this objective, *Chapter 6* has been developed, in which a study of the evolution of SAAD has been carried out, both in Aragon and in Spain, from its beginnings to the year 2015. Within that analysis, has paid particular attention to the type of benefits that are being granted in each of the Autonomous Communities, with the purpose of establishing which types or models of attention to the dependence are crystallizing in each region and determining the gap that is occurring in Spain with regard to services and benefits of public care for people in situations of dependency.

-----  
**Therefore, it can be confirmed that the first hypothesis of this doctoral thesis is verified and that the objectives related to it have been met.**  
-----

***2nd HYPOTHESES:*** *The work carried out by these immigrant caregivers is precarious and invisible, but it plays a fundamental role for both Spanish families who resort to them, as well as for families in their countries of origin.*

The first part of this hypothesis, related to job insecurity and social invisibility suffered by immigrant caregivers, has been demonstrated throughout Chapter 7, since it has been possible to see how professionals perceive this care work and self-perceived for these immigrant women, as precarious and invisible. The working conditions found during the fieldwork, make this clear. *Chapters 3 and 4* have allowed us to conceptualise the vital role that immigrant women are playing in the face of strong demand for care.

The immigrant caregivers in Spain, through the economic and social remittances that they send to their families in origin, are contributing to the support of the families, generating transnational care that circulates among all its members, as it was possible to confirm through *Chapter 7*. At a specific level, these chapters have made it possible to achieve *Objectives C and D*:

***C. Analyse the situation of immigrant caregivers working in Aragón taking care of older adults in situations of dependency.***

The study carried out in *Chapter 7* has reached all the specific objectives that were marked. We have been able to identify the sociodemographic characteristics of both the caregivers and the people they are caring for. On the other hand, the characteristics of the employment of these caregivers have been determined, including the type of work they perform, their working conditions, their motivations and repercussions. Besides, the needs and demands expressed by these immigrant women have been detected.

***D. To know the influence of the feminine migrations around the care in the families in origin, through the study of the Nicaraguan case.***

The study carried out in *Chapter 8* has made it possible to know how sociodemographic characteristics of caregivers are, both in origin and in the destination, as well as the restructuring that these transnational families have to face. In addition, the

principal needs and demands that these families perceive and express have been identified, in their destination and origin.

-----  
**Therefore, it can be confirmed that the first hypothesis of this doctoral thesis is verified and that the objectives related to it have been met.**  
-----

### **9.3. Some elements for reflection from Social Work.**

This doctoral thesis has been developed in a context of economic crisis, during which, Social Services have suffered sharp cuts in all areas of intervention. However, despite the difficulties, the social workers have been able to demonstrate that Social Work is a discipline with an excellent capacity for innovation, transformation and seeking the welfare of the population, even in the most hostile contexts. (Uceda, 2015), generating spaces of social support, professional support and visibility of realities. All this, through the systematisation of practice, professional ethics, professional and collective action, as well as through research. In particular, Social Work provides a global view of social problems and needs, trying to combine in-depth analysis of the contexts in which there are demands and needs, with interventions and solutions to problems, involving both people, groups, communities and institutions, of social processes aimed at the joint improvement of society.

In matters relating to the care, from the Social Work have been carried out numerous investigations and proposals for intervention. Of particular note are the programs aimed at all types of caregivers (men, women, immigrants ...) and proposals aimed at improving the quality of life of elderly people in situations of dependency:



elderly people being cared for in their homes, in residences, Alzheimer's patients and other long-term degenerative diseases, elimination of architectural barriers inside and outside of homes... and a long etcetera of topics addressed from this discipline, which have favoured the conditions of dependent people and their caregivers.

On the other hand, at the beginning of the nineties decade, when Spain was one of the preferred migrant destinations for Latin American women attracted by the labour market around care, in matters related to migration, Social Work had been Positioned more from a passive perspective, applying social programs, but without having managed to be a critical discipline in terms of the ability to propose and influence social policy (De la Red, 1997). However, in a short time, research in Social Work was going to show that, through this scientific field, highly exciting proposals and interventions could be made (Barrera, Malagón and Sarasola, 2012). In light of the results of this research, some of the lines of response that could be proposed or could be reinforced from Social Work would be:

- Proposal of programs and policies that take into account the transnational factor that these migrations have. In other words, social services should take into account the impact that programs have, not only on the caregivers at the destination but also on their families of origin.
- The incorporation of the gender perspective in the programs and interventions, since the fact of the feminisation of care and the phenomenon of female migratory flows, entail a robust structural component that must be taken into account if one wishes to influence the roots of the problem.
- The starting employment situation of these women carers, since they are in an "invisible" labour sphere, which occurs within households; Also, immigrant caregivers often endure long working hours that prevent them from going to services and programs, so social workers should look for strategies to intervene.

#### 9.4. Prospective and continuity of the investigation.

This doctoral thesis has contributed certain scientific novelties in each of the chapters of analysis, making known the context of ageing in Aragon, the ability to take on the informal care of families and the development of SAAD in Aragón. Besides, it has allowed knowing the situation of the immigrant caretakers, as well as the repercussion of their migration in their families in origin, taking Nicaragua as a case study. All the chapters have been analysed from a gender perspective. Specifically, these research developments can be summarised in the following:

*First*, a new ratio has been developed to measure the capacity of territory to take on the informal care of older adults in a situation of dependency, adapted to the majority profile of caregivers we have in Spain.

*Secondly*, a typology of SAAD benefits has been established that allows for analysis and comparison, with the aim of knowing the state of services in the Spanish territory of the dependency services.

*Thirdly*, the role played by immigrant caregivers in Aragón, CCAA, has been analysed in which still not enough studies have been carried out on the reality of these immigrant women, counted, also, with the perspective of Social Work professionals that intervene or know first-hand the truth of these caregivers.

*Fourth*, the impact of female migrations on families of origin has been explored, providing the case study of Nicaragua, since Nicaraguan and Central American movements to Spain are still a new field in this country and little explored.

However, despite the findings presented in this work, from these same studies, new ideas or fields arise that could suppose the continuity of this research in the future:

*First*. In relation to *Chapter 5*, two future lines of research are proposed. The first line of continuity would be aimed at updating the results with new demographic data, such as, for example, modern censuses or population projections. The second proposal

would be directed to apply these ratios to other Spanish and European territories, as well as to establish comparisons between those areas. These analyses can open avenues for the proposal of strategies and policies focused on contributing to the quality of life of caregivers and people in situations of dependency, depending on the starting situations that each territory has.

*Second.* The research paths that are opened in *Chapter 6* are, again, related to the possibility of updating the data of the study and its comparison with the situation that is developing in each of the Spanish CCAA. Undoubtedly, the research concerning the SAAD contributes to the visibility of regional inequalities and to know the models of success in the care of the elderly.

*Third.* Regarding the situation of immigrant caregivers in Aragon, addressed in *Chapter 7*, one can consider replicating this research in rural areas and see if there are differences between the conditions of these caregivers according to their environment.

*Quarter.* And, finally, about the continuity of the findings of *Chapter 8*, it would be interesting to continue developing the characteristics of Central American migrations to Spain, extending the study to the rest of the countries in the area.

In short, the study of ageing, dependence and female migrations around the care sector, which have been the subject of this doctoral thesis, are living areas, in continuous transformation, presenting new challenges and challenges in Spanish society and European, so they need constant observation, review, study and implementation of intervention practices; given this changing reality, research in Sociology and Social Work can provide accurate analyses and social interventions that achieve the well-being of individuals, groups and communities.





---

**BIBLIOGRAFÍA.**

---

## BIBLIOGRAFÍA.

- Abad, L. (2005). Impacto de la emigración y las remesas en el desarrollo. Un enfoque desde las <<condiciones iniciales>>. *Migraciones*, 18, 105-148. Recuperado de: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/view/3047/2830>
- Abellán, A. et al. (2017). Dependencia y cuidados. En A. Blanco, A. Chueca y J. A. López-Ruíz [coords.], *Informe España 2017* (pp. 169-232). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, Cátedra J. M. Martín Patino. Recuperado de: [http://www.informe-espana.es/wp-content/uploads/2017/12/Informe\\_Espana\\_2017.pdf](http://www.informe-espana.es/wp-content/uploads/2017/12/Informe_Espana_2017.pdf)
- Abellán, A. et al. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, 17. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
- Abellán, A. y Esparza, C. (2011). Un perfil de las personas mayores en España 2011. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Portal Mayores*, 127. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos11.pdf>
- Abellán, A., y Puyol, R. (2013). ¿Quién cuidará de nosotros cuando seamos octogenarios? *Blog Envejecimiento [En-Red]*, 1. Recuperado de: <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2013/09/02/quien-cuidara-de-nosotros-cuando-seamos-octogenarios/>
- Acosta, E. (2013). Mujeres migrantes cuidadoras en flujos migratorios sur-sur y sur-norte: expectativas, experiencias y valoraciones. *Polis, Revista Latinoamericana*, 12 (35), 35-62. Recuperado de: <http://journals.openedition.org/polis/9247>
- Acosta, P., Fajnzylber, P. y López, J. H. (2007). The impact of remittances on poverty and human capital: evidence from Latin American household surveys. *Policy, Research working paper, WPS 4247*. Washington, DC: World Bank. Recuperado de: <http://documents.worldbank.org/curated/en/446091468046772511/The-impact-of-remittances-on-poverty-and-human-capital-evidence-from-Latin-American-household-surveys>

- Agrela, B. (2004). La acción social y las mujeres inmigrantes: ¿hacia unos modelos de intervención? *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 4, 31-42. Recuperado de: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/170/b15124794.pdf?sequence=1>
- Agurto, S. y Guido, A. (2004). *Después de una década de investigaciones: La esperanza siempre tiene nombre de mujer*. Managua (Nicaragua): FIDEG. Recuperado de: <http://fideg.org/wp-content/uploads/2017/02/09.pdf>
- Andersen, L. E. (2009). *El impacto de la migración y las remesas en la pobreza y la movilidad económica de las familias en Nicaragua*. United States: Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA) Nicaragua. Recuperado de: <https://www.inesad.edu.bo/pdf/Andersen2010MigracionRemesasNicaragua.pdf>
- Anderson, B. (2012). Who needs them? Care work, migration and Public Policy. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30 (1), 45-61. DOI: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_CRLA.2012.v30.n1.39113](http://dx.doi.org/10.5209/rev_CRLA.2012.v30.n1.39113)
- Anttonen, A. (2005). Hacia un mayor cuidado público: cambios en las relaciones y las políticas públicas de cuidado a las personas dependientes. *Panorama Social*, 2, p. 8-20. Recuperado de: [https://www.funcas.es/publicaciones\\_new/publicaciones.aspx](https://www.funcas.es/publicaciones_new/publicaciones.aspx)
- Aparicio, R. y Tornos, A. (2005). *Las redes sociales de los inmigrantes extranjeros en España. Un estudio sobre el terreno*. Madrid: Observatorio permanente de la Inmigración, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de: [http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/archivos/LAS\\_REDES\\_PRINCIPIOS.pdf](http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/archivos/LAS_REDES_PRINCIPIOS.pdf)
- Arango, J. (2007). Las migraciones internacionales en un mundo globalizado. *Vanguardia dossier*, 22, 6-15. Recuperado de: [https://webs.ucm.es/info/gemi/descargas/articulos/45ARANGO\\_Las\\_Migraciones\\_Mundo\\_Globalizado.pdf](https://webs.ucm.es/info/gemi/descargas/articulos/45ARANGO_Las_Migraciones_Mundo_Globalizado.pdf)
- Arber, S. y Ginn, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Narcea.
- Armstrong, P. y Kits, O. (2001). *One hundred years of caregiving*. Law Commission of Canada. Recuperado de: <http://www.womenandhealthcarereform.ca/publications/care-giving-100yrs.pdf>



- Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. *Revista de la CEPAL*, 77, 143-161. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/10829-cambios-desigualdad-familias-latinoamericanas>
- Arriba, A. y Moreno, F. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2012 al 2018). *XVIII Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Recuperado de: <https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>
- Babbie, E. (2000). *Fundamentos de la investigación social*. Madrid: International Thomson Editores.
- Baldassar, L. y Merla, L. (2014). *Transnational families, migration and the circulation of care: understanding mobility and absence in family life*. London: Routledge.
- Banco Central de Nicaragua (2017). *Nicaragua en cifras – 2017*. Managua: BCN. Recuperado de: [https://www.bcn.gob.ni/publicaciones/periodicidad/anual/nicaragua\\_cifras/nicaragua\\_cifras.pdf](https://www.bcn.gob.ni/publicaciones/periodicidad/anual/nicaragua_cifras/nicaragua_cifras.pdf)
- Barahona, M. (2006). *Familias, hogares, dinámica demográfica, vulnerabilidad y pobreza en Nicaragua* (Serie población y desarrollo. ed.). Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL. Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7205/1/S0600273\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7205/1/S0600273_es.pdf)
- Barbadillo, P. y Gómez-García, M. V. (2010). El cuidado como responsabilidad: Consecuencias no deseadas en la aplicación de la Ley de Dependencia. *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*, 11, 45-54. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/Astrolabio/article/view/238951/321209>
- Barbieri, N. y Gallego, R. (2015). El despliegue de la Ley de la Dependencia en el País Vasco y la Comunidad de Madrid (2007-2012): el margen de la autonomía política. *Zerbitzuan*, 60, 93-111. Recuperado de:

[http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/El\\_despliegue\\_Ley\\_Dependencia.pdf](http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/El_despliegue_Ley_Dependencia.pdf)

- Barrera, E., Sarasola-Sánchez, J. L. y Malagón, J. L. (2011). Análisis de la intervención de los trabajadores sociales en el campo de las migraciones. *Portularia*, 9 (1), 25-36. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10272/4922>
- Belausteguigoitia, M. y Melgar, L. (Coords.) (2007). *Fronteras, violencia, justicia: nuevos discursos*. México: PUEG-UNAM/UNIFEM. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/latinoam/n48/n48a11.pdf>
- Bianchi, G. M.; González-Rábajo, Y. y Piras, G. (2015). Enfrentando la transnacionalización del cuidado: abuelas cuidadoras en un contexto de alta migración. *Revista Internacional de Estudios Migratorios*, 5 (1), 31-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.25115/riem.v5i1.405>
- Bielza, V. (2010). La ordenación del territorio en Aragón: Enfoques e instrumentos = country planning in Aragón: Focus and instruments. *Cuadernos Geográficos De La Universidad De Granada*, (47), 347. Recuperado de: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/cuadgeo/article/view/612/700>
- Braudy, P. y Orpett, S. (1999). Husbands and sons in the United States and Japan: cultural expectations and caregiving experiences. *Journal of Aging Studies*, 13 (3), 241-267. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(99\)80096-6](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(99)80096-6)
- Camarero, L. y Sampedro, R. (2008). ¿Por qué se van las mujeres? El continuum de movilidad como hipótesis explicativa de la masculinización rural. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 124, 73-105. Recuperado de: [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_124\\_031222873178255.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_124_031222873178255.pdf)
- Cameron, C. y Moss, P. (2007). *Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions*. Oxford: Routledge. Antigua Escobedo.
- Campo, M<sup>a</sup>. J. (2000). Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. *Opiniones y Actitudes*, 31. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Carroll, M. y Campbell, L. (2008). Who now reads Parsons and Bales?: Casting a critical eye on the “gendered styles of caregiving” literature. *Journal of Aging Studies*, 22, (1), 24-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.01.001>
- Casado, D. (2015). La autonomía personal en la LAAD. *Documentación social*, 177, 79-96.

- Casado-Mejía, R. et al. (2011). El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. *Gaceta Sanitaria*, 26 (6), 547–553. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.01.012>
- Casaús, M. E. y García, T. (2009). Identidad y participación de la mujer en américa central. *América Latina Hoy*, 9, 51-60. Recuperado de: <http://www.acuedi.org/ddata/162.pdf>
- Castillo, M. A. (2000). Las políticas hacia la migración centroamericana en países de origen, de destino y de tránsito. *Red Papeles De Población*, 6(24), 133-157. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v6n24/v6n24a7.pdf>
- Cerruti, M. y Maguid, A. (2010). *Familias divididas y cadenas globales de cuidado: La migración sudamericana a España*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, Div. de Desarrollo Social. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6168/lc13239e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cobo, P. (2007). Génesis y elaboración de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Documentación Administrativa*, 276-277, 15-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.24965/da.v0i276-277.9522>
- Codorniu, J. M. (2014). El impacto de la crisis en el Sistema de Atención a la Dependencia. ¿Hacia un cambio de modelo? *FOESSA, Documento de Trabajo* 5.6. Recuperado de: [http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos\\_trabajo/2310201414\\_4847\\_4790.pdf](http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/2310201414_4847_4790.pdf)
- Codorniu, J. M. (2015). Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro. *Zerbitzuan*, 60, 9-30. Recuperado de: [http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Impactos\\_medidas\\_estabilidad.pdf](http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Impactos_medidas_estabilidad.pdf)
- Colectivo IOÉ (2001). Relatos desde la entraña de los hogares. Voces de inmigrantes en el servicio doméstico. *Ofrim Suplementos*, 8, 37-63. Recuperado de: [https://www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones\\_articulos/show/id/54](https://www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones_articulos/show/id/54)

- Colectivo IOÉ (2005). El cuidado de personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la Comunidad de Madrid. En IMSERSO [Ed.], *Cuidado a la dependencia e inmigración*, (pp. 233-370). Madrid: IMSERSO.
- Colectivo IOÉ (2006). El cuidado de personas mayores dependientes a cargo de inmigrantes. Aproximación a la situación de las trabajadoras migrantes y las familias empleadoras, en la comunidad de Madrid. *Revista de Economía Crítica*, 5, 65-85. Recuperado de:  
[http://revistaeconomicacritica.org/sites/default/files/revistas/n5/3\\_cuidado\\_personas\\_mayores.pdf](http://revistaeconomicacritica.org/sites/default/files/revistas/n5/3_cuidado_personas_mayores.pdf)
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. IMSERSO: Colección Estudios Serie Dependencia. Recuperado de:  
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Crespo, M. y López, J. (2008). Cuidadores y cuidadoras: el efecto de género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre envejecimiento: Perfiles y Tendencias*, 35. Recuperado de:  
<http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>
- De Cabo, G. (2007). *Mujeres inmigrantes en los hogares madrileños*. Madrid: Casa de América.
- De la Red, N. (1997). La formación del Trabajo Social en España. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 39, 97-105.
- Del Olmo, N. (2009). Inmigración y religión. En: Gómez, C. [Coord.] *Construyendo redes. Minorías religiosas en Aragón*. Madrid: Icaria editorial y Fundación Pluralismo y Convivencia.
- Del Pozo-Rubio, R.; Pardo-García, I. y Escribano-Sotos, F. (2017). El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012. *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 23–29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.003>

- Del Rincón, M. M. (1995). *Envejecer en Aragón. La vida por delante*. Cruz Roja Aragón: Zaragoza.
- Del Rincón, M. M. y Sanz, A. (2010). El sistema de "la dependencia" y su desarrollo en Aragón. *Actas del II Congreso anual REPS*, Madrid.
- Díaz-Gorfinkiel, M. (2008a). El mercado de trabajo de los cuidados y la creación de las cadenas globales de cuidado: ¿cómo concilian las cuidadoras? *Cuadernos de Relaciones Laborales* 26, (2), 71-89. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0808220071A/32256>
- Díaz-Gorfinkiel, M. (2008b). *Las dinámicas internacionales de cuidado: el caso de Madrid en la desnacionalización del cuidado de menores*. [Tesis doctoral]. Universidad Carlos III de Madrid. Departamento de Ciencia Política y Sociología. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10016/11567>
- Díaz-Gorfinkiel, M. y Tobío, C. (2005). ¿Una nueva organización familiar? Madres trabajadoras y servicio doméstico inmigrante: percepciones e implicaciones. *Revista de Estudios de Juventud*, 67, 127-144.
- Dumitru, S. (2014). From “brain drain” to “care drain”: Women's labor migration and methodological sexism. *Women's Studies International Forum*, 47, 203–212. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wsif.2014.06.006>
- Eco, U. (1986). *Cómo se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Sexta Edición. Barcelona: Gedisa.
- Escrivá, Á. M. (2008). Congregaciones cristianas respondiendo a la migración. En: Bericat, E. *El fenómeno religioso. Presencia de la religión y de la religiosidad en las sociedades avanzadas*. p. 165-176. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces.
- Escrivá, Á. y Skinner, E. (2008). Domestic Work and Transnational Care Chains in Spain. En: H. Lutz (Ed.), *Migration and Domestic Work. A European Perspective on a Global Theme*, (pp. 113-126). Aldershot: Ashgate.
- Escudero, B. (2007). Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. *REIS*, 119/07, 65-89. Recuperado de: [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_001\\_06-41185869118399.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_001_06-41185869118399.pdf)

- España. Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de Dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006, pp. 44142-44156. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Esping-Andersen, G. (1990). The three political economies of the welfare state. *International Journal of Sociology*, 20 (3), 92-123. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/20630041>
- Esping-Andersen, G. (2015). Welfare regimes and social stratification. *Journal of European Social Policy*, 25 (1), 124-134. DOI: <https://doi.org/10.1177/0958928714556976>
- Esteban-Gimeno, A. B. y Mesa-Lampré, M. P. (2008). Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familiares con demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43, 146-53. DOI: [http://10.1016/S0211-139X\(08\)71174-0](http://10.1016/S0211-139X(08)71174-0)
- Eustis, N. N., Kane, R. A. y Fischer, L. R. (1993). Home Care Quality and the Home Care Worker: Beyond Quality Assurance as Usual. *The Gerontologist*, 33 (1), 64-73. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/33.1.64>
- Ezquerro, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2, 175-194. DOI: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_INFE.2011.v2.38610](http://dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2011.v2.38610)
- Faist, T. (2000). Transnationalization in international migration: implications for the study of citizenship and culture. *Ethnic and Racial Studies*, 23 (2), 189-222. DOI: <https://doi.org/10.1080/014198700329024>
- Faune, M. A. (1996). Transformaciones en las familias centroamericanas. Agudización de la situación de inequidad de las mujeres. En L. Guzmán y G. Pacheco [Comp.] *Estudios básicos de derechos humanos. Tomo IV. Edición monográfica sobre los derechos humanos de las mujeres*. (pp. 219-269). San José (Costa Rica): Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Fernández de Larrinoa et al. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema* 23 (3), 388-393. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3899.pdf>

- Fernández, I. et. al. (2012). La voz del cuidador formal inmigrante. *Enfermería Familiar y Comunitaria*, 1 (1), 31-40. Recuperado de: <http://www.faecap.com/revistas/show/revista-de-formacion-continuada-efc-n-0>
- Fernández, I. y Silvano, A. (2010). Perfil, valores y creencias de inmigrantes cuidadores de personas dependientes a domicilio. *Biblioteca Lascasas*, 6 (2). Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0525.pdf>
- Fernández-Poncela, A. (1999). Arreglos y desarreglos familiares (Centroamérica y Nicaragua). *Revista Chilena de Antropología*, 15, 131-144. DOI: [10.5354/0719-1472.2012.17959](https://doi.org/10.5354/0719-1472.2012.17959)
- Finch, J. (1989). *Family obligations and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Finch, J. y Groves, D. (Eds.) (1983). *A Labour of Love: Women, Work and Caring*. Boston, Mass: Routledge and Kegan Paul.
- Fuentes, V. M. (2014). “A vueltas con las migraciones”. *Estrategias de migración familiar transnacional. Una mirada desde le Trabajo Social a propósito de las familias bolivarianas*. (Tesis doctoral). Universidad de Jaén. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10953/631>
- Gainza, P. (2006). Feminización de las remesas, familias transnacionales y comercio nostálgico. *Revista Tercer Mundo Económico*, 204. Recuperado de: [http://www.redtercermundo.org.uy/tm\\_economico/texto\\_completo.php?id=3043](http://www.redtercermundo.org.uy/tm_economico/texto_completo.php?id=3043)
- Galiana-Gómez, M. J., de la Cuesta-Benjumea, C., Donet-Montagut, T. (2008). Cuidadoras inmigrantes: características del cuidado que prestan a la dependencia. *Enfermería Clínica*, 18 (5), 269-272. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)72386-6](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)72386-6)
- Garcés, A. (2008). *Desarrollo y aplicación en el Estado Autonómico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). El estado de las autonomías en 2008*. Madrid: Temas Monográficos. Recuperado de: <http://idpbarcelona.net/docs/public/iccaa/2008/leydependencia.pdf>
- García-Vázquez, N. J., Gaxiola, E. G. y Guajardo, A. (2007). Movimientos transfronterizos México-estados unidos: Los polleros como agentes de movilidad. *Confines De Relaciones Internacionales Y Ciencia Política.*, 3(5), 101-113. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63300509>



- Gheaus, A. (2013). Care drain: who should provide for the children left behind? *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 16 (1), 1 - 23, DOI: <https://doi.org/10.1080/13698230.2011.572425>
- Glick-Schiller, N., Basch, L. y Blanc-Szanton, C. (1992). Towards a Transnational Perspective on Migration. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 645, 1-24. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1992.tb33484.x>
- Gómez-Bahillo, C. (2005). La inmigración española como fenómeno socioeconómico. *Economía aragonesa*, 28, 71-90. Recuperado de: [https://www.ibercaja.es/pub/pdf/revista\\_economia/Numero28.pdf](https://www.ibercaja.es/pub/pdf/revista_economia/Numero28.pdf)
- Gómez-Gil, S. (2012). Aproximación a la implementación de políticas públicas a través de la ley de dependencia: experiencias de otros países y valoración de la situación en España. *Trabajo Social Hoy*, 1 (68), p. 7-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2013.0001>
- Gómez-Gil, S. (2013). Factores que influyen en la implantación y desarrollo de la Ley de Dependencia en España. *Trabajo Social Hoy* 70, 7-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2013.0013>
- Gómez-Redondo, R. (Dir.) (2012). *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*. Madrid: Alianza editorial.
- Gómez-Walteros, J. A. (2010). La migración internacional: teorías y enfoques, una mirada actual. *Semestre Económico*, 13 (26), 81-99. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=165014341004>
- González-Martín, M. y Güerri-Martín, P. G. (2014). La excepcionalidad de las prestaciones económicas frente a los servicios tras los primeros años de implantación de la Ley de Dependencia. *Trabajo Social Hoy*, 72, 39-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2014.0009>
- Gonzálvez, H. (2007). Familias y hogares transnacionales: una perspectiva de género. *Puntos de Vista*, 11 (3), 7-26. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/28311427\\_Familias\\_y\\_Hogares\\_Transnacionales\\_Una\\_Perspectiva\\_de\\_Genero](https://www.researchgate.net/publication/28311427_Familias_y_Hogares_Transnacionales_Una_Perspectiva_de_Genero)
- Gregorio, C. (1997). El estudio de las migraciones internacionales desde una perspectiva de género. *Migraciones*, 1 145-175. Recuperado de: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/view/4939>



- Gregorio, C. (1998). *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*. Narcea, Madrid. Recuperado de: <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/asparkia/article/view/824/736>
- Gregorio, C. (2010). Debates feministas en el análisis de la inmigración no comunitaria en el estado español. Reflexiones desde la etnografía y la antropología social. *Relaciones Internacionales*, 14, 93-115. Recuperado de: <https://revistas.uam.es/index.php/relacionesinternacionales/article/view/5018>
- Gregorio, C. (2010). Debates feministas en el análisis de la inmigración no comunitaria en el estado español. *Relaciones Internacionales*, 14, 93-115. Recuperado de: <http://www.relacionesinternacionales.info/ojs/article/download/217/196.pdf>
- Haberkern, K., et al. (2011). The role of the elderly as providers and recipients of care. En: OECD, *The Future of Families to 2030*. France: OECD Publishing.
- Habermas, J. (1999). *Problemas de legitimación en el capitalismo tardío*. Madrid: Cátedra.
- Hanratty, B. et. al. (2007). Retirement age caregivers and deprivation of area of residence in England and Wales. *European Journal of Ageing*, 4 (1), 35-43. DOI: <http://doi.org/10.1007/s10433-007-0044-6>
- Harrington, M. (ed.) (200). *Care Work, Gender Labour and the Welfare State*. New York: Routledge.
- Hequembourg, A. y Brallier, S. (2005). Gender stories of parental caregiving among siblings. *Journal of Aging Studies*, 19, 53-71. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jaging.2003.12.001>
- Herlofson, K., & Hagestad, G. O. (2011). Challenges in moving from macro to micro: Population and family structures in ageing societies. *Demographic Research*, 25, 337. DOI: [10.4054/DemRes.2011.25.10](http://doi.org/10.4054/DemRes.2011.25.10)
- Hernández-Cordero, A. L. (2013). *Ausencias presentes: inmigrantes guatemaltecas en Madrid y sus experiencias de maternidad en la distancia* [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10486/660328>
- Hernández-Cordero, A. L. (2015). Cuidados que cruzan fronteras: la colectivización de la maternidad en un contexto migratorio. *Revisa Acciones e Investigaciones*, 35, 91-114. DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_ais/ais.2015351247](https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2015351247)

- Hernández-Cordero, A. L. (2016). En España se necesitan mujeres para trabajar: guatemaltecas inmigrantes y las cadenas globales de cuidado. En: C. Sandoval-García (Ed.) *Migraciones en América Central. Políticas, territorios y actores* (pp. 47-66). San José: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Hobbs, A. W. y Jameson, K. P. (2012). Measuring the effect of bi-directional migration remittances on poverty and inequality in Nicaragua. *Applied Economics*, 44(19), 2451. DOI: <https://doi.org/10.1080/00036846.2011.564153>
- Hochschild, A. R. (2001). Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional. En A. Giddens y W. Hutton (eds.). *En el límite. La vida en el capitalismo global* (pp. 1887-208). Barcelona: Kriterion Tusquets.
- IMF-IDA (2017). *Nicaragua. Staff report for the 2017, article IV consultation – Debt Sustainability analysis*. International Monetary Fund and International Development Association. Recuperado de: <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2017/06/27/Nicaragua-2017-Article-IV-Consultation-Press-Release-and-Staff-Report-45008>
- IMSERO (2004a). *Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>
- IMSERO (2004b). *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- IMSERO (2005a). *Cuidado a la Dependencia e Inmigración. Informe de resultados*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/cuidadodepinmi.pdf>
- IMSERO (2005b). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadospmmhogares.pdf>
- IMSERO (2016). *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Situación a 30 de junio de 2016. Recuperado de:

[http://www.dependencia.imserso.gob.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im\\_061364.pdf](http://www.dependencia.imserso.gob.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_061364.pdf)

INE (2018). *Avances del Padrón Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2018*. Datos provisionales (28 de abril de 2018). Recuperado de: [https://www.ine.es/prensa/pad\\_2018\\_p.pdf](https://www.ine.es/prensa/pad_2018_p.pdf)

INIDE (2018). *Anuario Estadístico 2016*. Managua: Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE). Recuperado de: <http://www.inide.gob.ni/Anuarios/Anuario%20Estadistico%202016.pdf>

INIDE-MINSA (2014). *Encuesta nicaragüense de demografía y salud. ENDESA 2011/12. Informe final*. Managua: Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) y Ministerio de Salud (MINSA). Recuperado de: <https://nicaragua.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENDESA-2011-12-completa.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (2018a). *Encuesta de morbilidad hospitalaria*. Año 2016. Recuperado de: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176778&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176778&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)

Instituto Nacional de Estadística (2018b). *Estadística del Padrón Continuo*. Datos provisionales a 1 de enero de 2018. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=00000002.px>

Instituto Nacional de Estadística (2018c). *Movimiento Natural de la Población. Indicadores Demográficos Básicos*. Recuperado de: [http://www.ine.es/prensa/mnp\\_2017\\_p.pdf](http://www.ine.es/prensa/mnp_2017_p.pdf)

Jiménez-Lara, A. (2017). La atención a la dependencia: situación actual y perspectivas. *Panorama Social*, 26, 25-39. Recuperado de: [https://www.funcas.es/publicaciones\\_new/Sumario.aspx?IdRef=4-15026](https://www.funcas.es/publicaciones_new/Sumario.aspx?IdRef=4-15026)

Jiménez-Lara, A. y Rodríguez-Castedo, Á. (2012). La economía social y la atención a la dependencia. Propuestas para contribuir al desarrollo de los servicios de atención de la dependencia y a la generación de empleo estable y de calidad. *Fundación Alternativas, Documento de trabajo, 177/2012*. Recuperado de: [http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio\\_documentos\\_archivos/4cdb3db36e3b92872e35f9a96159a4ce.pdf](http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/4cdb3db36e3b92872e35f9a96159a4ce.pdf)

- Jiménez-Martín, S. (2007). *Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España*. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra. Recuperado de: <http://www.econ.upf.edu/~jimenez/my-public-files/LIBRODEPENDENCIA-FAZ.pdf>
- Johansson, S. y Moss, P. (2004). *Work with elderly people A Case Study of Sweden, Spain and England with additional material from Hungary*. Work package nº9. London: Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London. Recuperado de: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:153913/FULLTEXT01.pdf>
- Juliano, D. (1998). *Las que saben. Subcultura de mujeres*. Madrid, España: Cuadernos Inacabados.
- Jurado, T. y Naldini, N. (2007). El papel de la familia en el régimen de bienestar español. En: T. Jurado (ed.). *Cambios familiares y trabajo social* (pp. 109-136). Madrid: Ediciones Académicas.
- Karner, T. X. (1998). Professional caring: Homecare Workers as Fictive Kin. *Journal of Aging Studies*, 12 (1), 69-82. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(98\)90021-4](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(98)90021-4)
- Katz, E., y Stark, O. (1986). Labor Migration and Risk Aversion in Less Developed Countries. *Journal of Labor Economics*, 4 (1), 134-149. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/2534880>
- Kinsella, K., y Velkoff, V. A. (2001). *An aging world: 2001*. Washington: U.S. Government Printing Office. Recuperado de: <https://www.census.gov/prod/2001pubs/p95-01-1.pdf>
- León, M., Ranci, C. y Rostgaard, T. (2014). Pressures towards and within Universalism: Conceptualising Change in Care Policy and Discourse. En M. León (ed.). *The Transformation of Care in European Societies* (pp. 11-33). New York (US): Palgrave – Macmillan.
- Levitt, P. (1998). Social Remittances: Migration Driven Local-Level Forms of Cultural Diffusion. *International Migration Review*, 32 (4), 926–948. DOI: <https://doi.org/10.1177/019791839803200404>
- Lima-Fernández, A. I. (2014). Definición Global del Trabajo Social de Melbourne (2014). *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, 207, 143-151. Recuperado de: <http://www.tscat.cat/content/rts-207-castellano>

- Losada, A. et al. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de La Salud*, 15, (1), 57-76.
- Lutz, H. y Palenga-Möllnbeck, E. (2012). Care Workers, Care Drain, and Care Chains: Reflections on Care, Migration, and Citizenship. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 19 (1), 15–37. DOI: <https://doi.org/10.1093/sp/jxr026>
- Mahler, S. & Pessar, P. (2006). Gender Matters: Etnographers Bring Gender from the Periphery toward the Core of Migration Studies. *International Migration Review*, 1 (40), 27-63. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1747-7379.2006.00002.x>
- Malgesini, G. [comp.] (1998). *Cruzando fronteras. Migraciones en el sistema mundial*. Barcelona: Icaria, Fundación Hogar del Empleado.
- Marcu, S. (2009). Inmigrantes rumanas en el servicio doméstico y de cuidados de la Comunidad de Madrid: Estudio cualitativo. *Estudios Geográficos*, 70 (267), 463-489. DOI: <https://doi.org/10.3989/estgeogr.0474>
- Marcus, G. (2001). Etnografía en/del Sistema Mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 22 (11), 11-127. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74702209.pdf>
- Martínez-Buján, R. (2006). El cuidado de ancianos: un nicho laboral para mujeres inmigrantes y un reto de gestión para las entidades del Tercer Sector”. *Revista Española del Tercer Sector*, 4, 145-173. Recuperado de: <http://www.plataformatercersector.es/sites/default/files/N04%20RETS%20Inmigraci%C3%B3n%20e%20integraci%C3%B3n.pdf>
- Martínez-Buján, R. (2009). ¿Y qué pasa con mi cuidadora? Inmigración, servicio doméstico y privatización de los cuidados a las personas dependientes. *Zerbitzuan. Revista de servicios sociales*, 45, 99-109. Recuperado de: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Y%20que%20pasa%20con%20mi%20cuidadora.pdf>
- Martínez-Buján, R. (2010). *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Recuperado de: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/18252>

- Martínez-Buján, R. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *REIS*, 145, 99-126. DOI: <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>
- Martínez-Veiga, U. (2000). Evolución y clasificación del trabajo doméstico inmigrante. *Ofrim Suplementos*, 6, 76-96.
- Massey, D. S. et al. (1998). *Worlds in Motion. Understanding International Migration at the End of Millennium*. Oxford: Clarendon Press.
- Massey, D. S. et al. (2008). Teorías de migración internacional: una revisión y aproximación. *Revista de Derecho Constitucional Europeo*, 10. Recuperado de: <https://www.ugr.es/~redce/REDCE10/articulos/14DouglasDMassey.htm>
- Meil, G. (2000). Imágenes de la solidaridad familiar. *Opiniones y Actitudes*, 30. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Merla, L. (2014). La circulación de cuidados en las familias transnacionales. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 106-107, 85-104. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/RevistaCIDOB/article/view/280776/368454>
- Merla, L. y Baldassar, L. (2016). Concluding reflections: 'Care circulation' in an increasingly mobile world: Further thoughts. *Papers. Revista de Sociología*, 101 (2), 275-284. DOI: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers.2268>
- Monzón, A. S. (2006). *Las Viajeras Invisibles: Mujeres Migrantes en la Región Centroamericana y el Sur de México*. Guatemala: PCS-CAMEX. Recuperado de: <https://www.incedes.org.gt/Master/mymmsmonzon.pdf>
- Mora, C. (2008). Globalización, género y migraciones. *Polis, Revista Latinoamericana*, 7 (20), 285-297. Recuperado de: <http://journals.openedition.org/polis/3544>
- Moreno, J. A., Arango-Lasprilla, J. C., Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicología desde el Caribe*, 26, 1-35. Recuperado de: <http://ucsj.redalyc.org/articulo.oa?id=21319039002>
- Navarrete, M. (2008). La precariedad del mercado de trabajo. En A. Sanz-Cintora. *Vida, convivencia y empleo. Los vecinos de las viviendas sociales de alquiler de Zaragoza Vivienda en la margen izquierda: estudio sociológico* (pp. 127-132). Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza y Sociedad Municipal de Rehabilitación Urbana de Zaragoza.

- Navarro-Ramos, V. (2016). Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación del Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 63-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0004>
- Noonan, A. et. al. (1996). Making the best of it: themes of meaning among informal caregivers to the elderly. *Journal of Aging Studies*, 10 (4), 313-327. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(96\)90004-3](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(96)90004-3)
- Nyberg-Sorensen, N. (2004). “La familia trasnacional de latinoamericanos/as en Europa”. En G. Herrera y J. Ramírez (Ed.). *América latina migrante; estado, familias, identidades* (pp. 259-279). Quito: Flacso. Recuperado de: [http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/shared/biblio\\_view.php?bibid=108222&tab=opac](http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/shared/biblio_view.php?bibid=108222&tab=opac)
- Oliva, J. (2014). Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia: análisis y líneas de avance en tres dimensiones. *Revista Actas de la Dependencia*, 14, 21-44. Recuperado de: [https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/doc\\_completo\\_nov-14\\_web.pdf](https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/doc_completo_nov-14_web.pdf)
- Oso, L. (1998). *La migración hacia España de mujeres jefas de hogar*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Parella, S. y Cavalcanti, L. (2006). Una aproximación cualitativa a las remesas de los inmigrantes peruanos y ecuatorianos en España y a su impacto en los hogares transnacionales. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 116, 241-258. Recuperado de: [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_116\\_101169730362794.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_116_101169730362794.pdf)
- Pedone, C. (2008). Varones aventureros contra madres que abandonan. Reconstrucción de las relaciones familiares a partir de la migración ecuatoriana. *REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 16 (30), 45-64. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4070/407042007004.pdf>
- Pedone, C. y Gil, S. (2016). Tramando futuros. Transnacionalismo familiar en la migración desde República Dominicana y Brasil hacia España. *Investigaciones feministas: papeles de estudios de mujeres, feministas y de género*, 7, 241-263. DOI: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_INFE.2016.v7.n1.52186](http://dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2016.v7.n1.52186)
- Pedone, C. y Gil-Araújo, S. (2008). Maternidades transnacionales entre América Latina y el Estado español. El impacto de las políticas migratorias en las estrategias de



- reagrupación familiar. En: C. Solé; S. Parella-Rubio y L. Cavalcanti (coords.). *Nuevos retos del transnacionalismo en el estudio de las migraciones*, (pp. 149-176). Madrid: OPI-Ministerio de Trabajo e Inmigración. Recuperado de: [http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/archivos/Nuevos retos del transnacionalismo en el estudio de las migraciones.pdf](http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/archivos/Nuevos_retos_del_transnacionalismo_en_el_estudio_de_las_migraciones.pdf)
- Peñaranda, C. (2010). Te escuchas aquí al lado. Usos de las tecnologías de la información y comunicación en contextos migratorios transnacionales. *Athenea Digital* 19, 239-248. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v0n19.787>
- Pinilla, V. J., & Sáez, L. A. (2009). *Tendencias recientes en la evolución de la población de las comarcas aragonesas: El problema de las comarcas demográficamente regresivas (2000-2007)*. Zaragoza: Publicaciones de Rolde de Estudios Aragoneses, Centro de Estudios sobre la Despoblación y Desarrollo de Áreas Rurales. Recuperado de: [http://www.comarcas.es/pub/documentos/documentos\\_Tendencias\\_recientes\\_en\\_la\\_evolucion\\_de\\_la\\_poblacion\\_de\\_las\\_comarcas\\_aragonesas\\_d6419d3a.pdf](http://www.comarcas.es/pub/documentos/documentos_Tendencias_recientes_en_la_evolucion_de_la_poblacion_de_las_comarcas_aragonesas_d6419d3a.pdf)
- Portes, A. (1989). Contemporary immigration: theoretical perspectives on its determinants and modes of incorporation. *International Migration Review* 23 (3), 606-630. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/2546431>
- Portes, A. (1996). Transnational Communities: Their Emergence and Significance in the Contemporary World System. En R. P. Korzeniewicz, y W. Smith, (eds.). *Latin America in the World Economy* (pp. 151-168). Westport: Greenwood Press.
- Portes, A. (1997). Immigration theory for a new century: some problems and opportunities. *International Migration Review*, 31 (4), 799-825. DOI: <https://doi.org/10.2307/2547415>
- Portes, A., Guarnizo, L. E. y Landolt, P. (1999). The study of transnationalism: pitfalls and promise of an emergent research field. *Ethnic and Racial Studies*, 22 (2), 217-237. <https://doi.org/10.1080/014198799329468>
- Portes, A., y Böröcz, J. (1989). Contemporary Immigration: Theoretical Perspectives on Its Determinants and Modes of Incorporation. *The International Migration Review*, 23 (3), 606-630. DOI: <https://doi.org/10.2307/2546431>
- Pribilsky, J. (2004). 'Aprendamos a convivir': conjugal relations, co-parenting, and family life among Ecuadorian transnational migrants. *New York City and the*



*Ecuadorian Andes, Global Networks* 3(4), 313-334. DOI:  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0374.2004.00096.x>

- Pritchard, D. (1999). *Nicaragua: Uso productivo de las remesas familiares*. Comisión Económica Para América Latina Y El Caribe (CEPAL). México, D.F.: CEPAL.  
Recuperado de:  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/25427/1/LCmexL420\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/25427/1/LCmexL420_es.pdf)
- Prunier, D. (2011). Los impactos de la migración internacional en el campo nicaragüense: Las transformaciones de la organización productiva familiar. *Trace*, 60, 54-98.  
Recuperado de: <http://journals.openedition.org/trace/1745>
- Puga, M. D. y Abellán, A. (2004). *El proceso de discapacidad: Un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud*. Madrid: Fundación Pfizer. Recuperado de:  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/puga-discapacidad-01.pdf>
- Puyol, R. y Abellán, A. (Coords.). (2006). *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Assistance.
- Ramírez-Martínez, J. P. (2013). Uso de tecnologías de la información y la comunicación en familias caleñas con migrantes en España. *Revista Estudios Sociales*, 48, 110-123. DOI: <http://dx.doi.org/10.7440/res48.2014.09>
- Ramos, J. A. (2009). *Los municipios en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia*. Madrid: Anuario de Derecho Municipal. Recuperado de:  
[https://repositorio.uam.es/xmlui/bitstream/handle/10486/664325/ADDM3\\_6.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/xmlui/bitstream/handle/10486/664325/ADDM3_6.pdf?sequence=1)
- Redfoot, D., Feinberg, L., y Houser, A. (2013). The aging of the baby boom and the growing care gap: A look at future declines in the availability of family caregivers. *Insight on the Issues*, 86, 1-12. Recuperado de:  
[https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public\\_policy\\_institute/ltc/2013/baby-boom-and-the-growing-care-gap-insight-AARP-ppi-ltc.pdf](https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public_policy_institute/ltc/2013/baby-boom-and-the-growing-care-gap-insight-AARP-ppi-ltc.pdf)
- Rivas, A. M. y Gozávez, H. (2011). El papel de las remesas económicas y sociales en las familias transnacionales colombianas. *Migraciones Internacionales*, 6 (2), 75-99. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-89062011000200003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062011000200003)

- Robine, J., Michel, J., & Herrmann, F. R. (2007). Who will care for the oldest people? *BMJ: British Medical Journal*, 334(7593), 570. DOI: [10.1136/bmj.39129.397373.BE](https://doi.org/10.1136/bmj.39129.397373.BE)
- Robledo, J.; Martín-Crespo, M. C. y Salamanca, A. B. (2008). Trabajadoras latinoamericanas inmigrantes como cuidadoras de ancianos a domicilio. *Nure Investigación*, 33. Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/407>
- Rodríguez, P. (2006). El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Fundación Alternativas. Documento de trabajo, 87/2006. Recuperado de: [http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio\\_documentos\\_archivos/xmlimport-h5Yljh.pdf](http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-h5Yljh.pdf)
- Rodríguez, V. (Ed.). (2012). *Inmigración y cuidados de mayores en la Comunidad de Madrid*. Bilbao: Fundación BBVA. Recuperado de: [https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE\\_2012\\_inmigracion\\_cuidados\\_mayores.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2012_inmigracion_cuidados_mayores.pdf)
- Rodríguez-Cabrero, C. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de relaciones laborales*, 29 (1), 13-42. DOI: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_CRLA.2011.v29.n1.1](http://dx.doi.org/10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.1)
- Rodríguez-Cabrero, G. (2000). Dependencia y atención socio-sanitaria. *Boletín sobre Envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, 2. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rodríguez-Cabrero, G. (2012). La ley de la Dependencia: ¿una oportunidad perdida en el desarrollo de los derechos sociales? *Gaceta Sindical: reflexión y debate*, 19, 319-338. Recuperado de: <http://www.ccoo.es/04f1f09eb78ccebcd42651e9fe8c064000001.pdf>
- Rodríguez-Cabrero, G. (2015). Tendencias recientes en la protección social de la Dependencia en la UE. *Documentación social*, 177, 19-40.
- Rodríguez-Castedo, A. y Jiménez-Lara, A. (2010). *La atención a la dependencia y el empleo. Potencial de creación de empleo y otros efectos económicos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación*

- de Dependencia*. Documento de trabajo 159/2010. Madrid: Fundación Alternativas.
- Rodríguez-Martín, L. I. (2011). “Siempre estamos conectados: así sé que me quiere mucho”. Comunicaciones en familias transnacionales a través de internet. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 3, 50-64. Recuperado de: [http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef3\\_4.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef3_4.pdf)
- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Colección Estudios Serie Dependencia N° 12011. Madrid: IMSERSO. Recuperado de: [http://www.uam.es/personal\\_pdi/economicas/jrogero/docs/Rogero\\_Garcia\\_10.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/jrogero/docs/Rogero_Garcia_10.pdf)
- Ruiz-Huerta et al. (2012). *La crisis económica y la tensión fiscal en las Comunidades Autónomas. Informe de las CCAA - 2011*. Barcelona: Instituto de Derecho Público. Recuperado de: [https://www.foroautonomias.es/wp-content/uploads/2012/06/informe-Autonomias\\_2011\\_crisis.pdf](https://www.foroautonomias.es/wp-content/uploads/2012/06/informe-Autonomias_2011_crisis.pdf)
- Saavedra et al. (2013). Cuidadoras de familiares dependientes y salud: influencia de la participación en un taller de control de estrés. *Clínica y Salud* 24 (2), 85-93. DOI: <http://10.5093/cl2013a10>
- Sáenz, M. (2010). *Microcrédito para vivienda dirigido a familias que reciben remesas en Nicaragua: Resultados del proyecto piloto del Fondo de Desarrollo Local*. Departamento de Finanzas para Vivienda. Hábitat para la Humanidad – Oficina de Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de: [http://www.habitat.org/lc/lac/pdf/resultados\\_fdl.pdf](http://www.habitat.org/lc/lac/pdf/resultados_fdl.pdf)
- Sampedro, R. y Camarero, L. (2016). Inmigrantes, estrategias familiares y arraigo: las lecciones de la crisis en las áreas rurales. *Migraciones*, 39, 3-31. DOI: <https://doi.org/10.14422/mig.i40y2016.008>
- Sarasa, S. (2007). La atención a las personas adultas dependientes en España. Desigualdades territoriales y estratificación social. En V. Navarro [Dir.] *La situación social en España II* (pp. 445-470). Madrid: Fundación Largo Caballero.
- Sassen, S. (2007). *Una sociología de la globalización*. Buenos Aires (Argentina): Katz.

- Sassen, S. (2006). La formación de las migraciones internacionales: implicaciones políticas. *RIFP*, 27, 19-39. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Saskia\\_Sassen/publication/39641032\\_La\\_formacion\\_de\\_las\\_migraciones\\_internacionales\\_implicaciones\\_politicas/links/54bb512b0cf29e0cb04bd91d/La-formacion-de-las-migraciones-internacionales-implicaciones-politicas.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Saskia_Sassen/publication/39641032_La_formacion_de_las_migraciones_internacionales_implicaciones_politicas/links/54bb512b0cf29e0cb04bd91d/La-formacion-de-las-migraciones-internacionales-implicaciones-politicas.pdf)
- Schindler, M., Engel, S., y Rupprecht, R. (2012). The impact of perceived knowledge of dementia on caregiver burden. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 25 (3), 127-134. DOI: <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000062>
- Seguridad Social (2016). *Afiliación de extranjeros a la Seguridad Social. Mayo de 2016*. Ministerio de Empleo y Seguridad Social (España). Recuperado de: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Estadistica/Est/AfiliacionAltaTrabajadores/AfiliacionesAltaLaboral/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/AfiliacionAltaTrabajadores/AfiliacionesAltaLaboral/index.htm)
- Seguridad Social (2018). *Estadísticas. Afiliación y alta de trabajadores*. España: Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Recuperado de: <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST8/EST10/EST290>
- Seidmann, S. et al. (2004). Sentimiento de sobrecarga y apoyo social en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista de Psicología*, 22, (1), 46-62. Recuperado de: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6852>
- Serrano, P. (2000). Remesas familiares y colectivas de los migrantes centroamericanos en Estados Unidos. *Comercio Exterior*, 50(4), 305-311. Recuperado de: <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/49/3/RCE.pdf>
- Silverberg, S. et. al. (2009). Caregiving for elder relatives: wich caregivers experience personal benefits/gains? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, p. 238-245.
- Sisaad (2018a). Datos sobre cuidadores no profesionales. Situación a 31 de julio del 2018. SAAD - IMSERSO. Recuperado de: [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im\\_062035.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_062035.pdf)

- Sisaad (2018b). *Información estadística del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia*. Situación a 31 de julio del 2018. SAAD - IMSERSO. Recuperado de:  
<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20180731.pdf>
- Solé, C. y Parella-Rubio, S. (2006). El papel de las TIC's en la configuración de las "familias transnacionales". *Sistemas, cibernética e informática*, 3 (1), 7-12. Recuperado de: [http://www.iiisci.org/journal/cv\\$/risi/pdfs/c083vp.pdf](http://www.iiisci.org/journal/cv$/risi/pdfs/c083vp.pdf)
- Solé, C. y Parella-Rubio, S. (2006). Una revisión de la posición de las mujeres inmigrantes no comunitarias en el mercado de trabajo español. *Sistema: Revista de ciencias sociales*, 190-191, 193-218.
- Sørensen, N. N. y Vammen, I. M. (2016). ¿A quién le importa? Las familias transnacionales en los debates sobre la migración y el desarrollo. *Investigaciones Feministas*, 7 (1), 191-220. DOI: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_INFE.2016.v7.n1.52707](http://dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2016.v7.n1.52707)
- Tobío, C. (2012). Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Revista Internacional de Sociología*, 70 (2), 399-422. DOI: <https://doi.org/10.3989/ris.2010.08.26>
- Tobío, C. et. al. (2010). El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. *Colección Estudios Sociales*, 28. Recuperado de:  
[https://multimedia.caixabank.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/estudiossocial/es/vol28\\_completo\\_es.pdf](https://multimedia.caixabank.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/estudiossocial/es/vol28_completo_es.pdf)
- Tobío, C. y Díaz-Gorfinkiel, M. (2007). New Gendered Relationships: The Other in the Global Care Chain. *International Journal of Iberian Studies*, 20 (1), 41-63.
- Uceda, F. X. (dir.). (2015). *El futuro de los Servicios Sociales en el contexto de cambio*. Valencia: Universitat de València.
- Ungerson, C. (2005). Care, work and feeling. *The Sociological Review*, 53, 188-203. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2005.00580.x>
- Valencia, N. Y. (2011). Acción institucional y movilidad ocupacional de las mujeres inmigrantes en Madrid. En C. García, *Inmigrantes en el servicio doméstico* (pp. 109 – 192). Madrid: Talasa Ediciones.

- Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vargas, O. et al. (2012). Debt sustainability framework for low income countries: Case study of Nicaragua. *ECORFAN Journal*, 3 (8), 899-918. Recuperado de: [http://www.ecorfan.org/pdf/ECORFAN%20Journal-M%C3%A9xico%20V3%20N8\\_4.pdf](http://www.ecorfan.org/pdf/ECORFAN%20Journal-M%C3%A9xico%20V3%20N8_4.pdf)
- Vega, C. (2009). *Culturas del cuidado en transición. Espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*. Barcelona: Editorial UOC.
- Velkoff, V. A., y Lawson, V. (1998). *Gender and Aging: Caregiving*. International Brief. Washington, DC: Bureau of the census.
- Vertovec, S. (2001). Transnationalism and identity. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 27 (4), 573-382. DOI: <https://doi.org/10.1080/13691830120090386>
- Vilá, T. (2013). Evolución y reforma del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. *Revista Actas de la Dependencia*, 8, 47-68. Recuperado de: [https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/revista\\_numero\\_8.pdf](https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/revista_numero_8.pdf)
- Vitores et al. (2012). El impacto tecnológico sobre los procesos migratorios: los locutorios, ¿sólo espacios tecnológicos? *Psicología y Sociedade*; 24 (3), 662-673. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000300019>
- Yarris, K. E. (2014). “Quiero ir y no quiero ir” (IWant to Go and I Don’tWant to Go): Nicaraguan Children’s Ambivalent Experiences of Transnational Family Life. *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, 19 (2), 284-309. DOI: <https://doi.org/10.1111/jlca.12079>
- Zabala, M. C. y Programa FLACSO-CUBA (2004). Jefatura femenina de hogar. Entornos. *Revista de divulgación de las Ciencias Sociales*, 1 (13), 76-93. Recuperado de: <https://socialesuatx.com/entornos/index.php/revista/issue/view/5/showToc>
- Zimmerman, M. K., Litt, J. S. y Bose, C. E. (2005). *Global dimensions of gender and carework*. Stanford: Stanford University Press



---

## **ANEXOS**

---





## **ANEXO I. Operacionalización de las variables del Objetivo C.**

En este apartado se recogen las tablas confeccionadas para desglosar las variables que se pretenden estudiar durante el desarrollo del *Objetivo C*, que recordamos a continuación:

### ***C. Analizar la situación de las cuidadoras inmigrantes que trabajan en Aragón cuidando a personas mayores en situación de dependencia.***

- C.1. Identificar las características socio-demográficas de estas cuidadoras.
- C.2. Determinar las características socio-demográficas y socio-sanitarias de las personas a quienes cuidan.
- C.3. Establecer las características de los cuidados que están ofreciendo.
- C.4. Comprender las motivaciones para ejercer como cuidadoras y las repercusiones que el acto de cuidar conlleva para estas cuidadoras inmigrantes.
- C.5. Conocer la situación laboral concreta de las cuidadoras.
- C.6. Identificar las principales necesidades y demandas expresadas de estas trabajadoras en el ámbito de los cuidados a personas dependientes.

**C.1. Identificar las características socio-demográficas de estas cuidadoras.**

**OBJETIVO C.1**

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CUESTIÓN
Características socio-demográficas de la cuidadora inmigrante.	Socio-demográfica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Edad (años cumplidos).</li> <li>• Estado civil: <i>casado, soltero, pareja de hecho, divorciado, separado...</i></li> <li>• Nacionalidad.</li> <li>• Religión: católica, protestante...</li> <li>• Tiempo de residencia en España.</li> <li>• Tipo de permiso: <i>(establecer en primer lugar si lo tiene) de residencia, de trabajo...</i></li> <li>• Nivel de estudios.</li> <li>• Formación específica como cuidador.</li> </ul>	<p><i>No se pregunta.</i></p> <p>¿Qué edad tiene?</p> <p>¿Cuál es su estado civil?</p> <p>¿Cuál es su nacionalidad?</p> <p>¿Es usted creyente? <i>Si procede:</i> ¿Cuál es la fe que profesa?</p> <p>¿Cuánto tiempo lleva residiendo en España?</p> <p>¿Tiene algún tipo de permiso? ¿De qué tipo?</p> <p>¿Cuál es su nivel de estudios?</p> <p>¿Ha recibido algún tipo de formación específica como cuidador?</p>
	<p>Composición del hogar en España.</p> <p>Composición del hogar en el lugar de origen.</p> <p><b>Vivienda</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de personas que conviven.</li> <li>• Tipo de vivienda.</li> <li>• Relación legal con la vivienda: <i>en propiedad, alquiler, sin contrato...</i></li> <li>• Nº de personas que conviven.</li> <li>• Tipo de vivienda.</li> <li>• Relación legal con la vivienda: <i>en propiedad, alquiler, sin contrato...</i></li> </ul>	<p>¿Cuántas personas conviven en el hogar?</p> <p>¿Cómo es la vivienda en la que reside?</p> <p>¿Tiene algún contrato de alquiler, es en propiedad...?</p> <p>¿Cuántas personas conviven en el hogar de origen?</p> <p>¿Cómo es la vivienda en la que residía allí?</p> <p>¿Tiene algún contrato de alquiler, es en propiedad...?</p>

## C.2. Determinar las características socio-demográficas y socio-sanitarias de las personas a quienes cuidan.

### OBJETIVO C.2.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CUESTIÓN
Perfil de la persona que recibe los cuidados.	Socio-demográfica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo.</li> </ul>	¿A quién está usted cuidando?
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad (años cumplidos).</li> </ul>	¿Qué edad tiene?
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado civil: <i>casado, soltero, pareja de hecho, divorciado, separado...</i></li> </ul>	¿Cuál es su estado civil?
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamaño y composición de la red familiar: <i>nº de miembros en el hogar, composición de la red familiar.</i></li> </ul>	¿Cuántas personas conviven en ese hogar? ¿Mantiene contacto con algún familiar? ¿Quiénes? Explicar la relación.
Laboral – económica.	Laboral – económica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos económicos: <i>pensionista (de jubilación, de invalidez / incapacidad, de viudedad, de orfandad, no contributiva), otros ingresos.</i></li> </ul>	Si lo conoce: ¿Cuál es su actual fuente de ingresos?
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación laboral anterior: <i>trabajo remunerado (por cuenta propia o ajena), desempleado, tareas del hogar...</i></li> </ul>	Si lo conoce: ¿cuál era la ocupación principal que realizó en su vida laboral? (La desempeñada durante más tiempo. Recoger sector de actividad y categoría profesional).
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sector de actividad laboral.</li> <li>• Categoría profesional.</li> </ul>	
Salud.	Salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad/es diagnosticada/s.</li> </ul>	¿Cuándo comenzó el cuidado?
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Años de duración de la necesidad de cuidados.</li> </ul>	¿Qué enfermedad/es tiene diagnosticada/s?
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación reconocida de la dependencia.</li> </ul>	Si lo conoce: ¿Tiene legalmente reconocida la situación de dependencia?
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado y nivel de la dependencia (si está reconocida).</li> <li>• Derechos generados (si está reconocida).</li> <li>• Prestaciones percibidas a través de los derechos generados (si está reconocida).</li> </ul>	¿Qué grado y nivel? ¿Ha generado algún derecho por ello? ¿Ha recibido algún tipo de prestación?

**C.3. Establecer las características de los cuidados que están ofreciendo.**

**OBJETIVO C.3.**

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CUESTIÓN
Características del cuidado que proporcionan las cuidadoras inmigrantes.	Intensidad de los cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de los cuidados: <i>días a la semana o mes.</i></li> <li>• Tiempo que dedica a los cuidados: <i>horas a la semana.</i></li> <li>• Duración de los cuidados: <i>tiempo desde que ejerce como cuidador.</i></li> </ul>	<p>¿Cuánto días dedica a la semana o al mes a las tareas de cuidados?</p> <p>¿Cuántas horas a la semana dedica a los cuidados?</p> <p>¿Desde cuándo ejerce como cuidadora?</p>
	Tipo de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de actividades que realizan:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Tareas del hogar                                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Realizar limpieza y cuidado de la casa</li> <li><input type="checkbox"/> Realizar la compra diaria</li> <li><input type="checkbox"/> Preparar comidas</li> </ul> </li> <li>Personal →                                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aseo y cuidados personales</li> <li><input type="checkbox"/> Acompañamiento o vigilancia en casa</li> <li><input type="checkbox"/> Responsabilizarse de administrar su medicación</li> <li><input type="checkbox"/> Acompañar al médico</li> <li><input type="checkbox"/> Gestiones y tareas administrativas</li> <li><input type="checkbox"/> Conducir, trasladar a la persona</li> <li><input type="checkbox"/> Otra tarea (Especificar)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>¿Qué tipo de actividades de cuidados realiza?</p> <p><i>Si estas tareas no las realizan estos cuidadores, ¿Quién las está llevando a cabo?</i></p>
Ayuda que recibe el dependiente. <i>En entrevista solo se pregunta si procede.</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de ayuda que reciben: no reciben, formal o informal.</li> <li>• Tipo de ayuda formal (si recibe ayuda formal): Servicio de ayuda a domicilio, Centro de día, Persona contratada, Económica, Otros.</li> <li>• Persona que aporta ayuda informal (si recibe ayuda informal): familiar (especificar), amigo/a, vecino/a, otro.</li> <li>• Tipo de ayuda informal (si recibe ayuda informal): especificar según las actividades.</li> <li>• Complementariedad de la ayuda que recibe.</li> <li>• Valoración de la ayuda recibida: positiva, negativa...</li> </ul>	<p>Además de con sus servicios, la persona a la que está cuidando, ¿cuenta con más apoyos?</p> <p>¿Qué tipo de ayuda formal recibe?</p> <p>¿Qué persona participa con usted en el cuidado?</p> <p>¿En qué tareas participa con usted?</p> <p>¿Cómo se complementa la ayuda que recibe?</p> <p>¿Cómo valora este cuidado?</p>

#### C.4. Comprender las motivaciones para ejercer como cuidadoras y las repercusiones que el acto de cuidar conlleva para estas cuidadoras inmigrantes.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CUESTIÓN
Motivaciones de los cuidadores para ejercer las tareas de cuidados.	Económicas - laborales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de necesidad (influencia de la crisis).</li> <li>• Posibles deudas en el país de origen.</li> <li>• Dificultades para encontrar otro trabajo.</li> <li>• Necesidad de ayudar a la familia de origen.</li> <li>• Situación irregular.</li> <li>• Experiencia previa en este tipo de trabajos.</li> </ul>	<p><i>Pregunta abierta:</i></p> <p>¿Cuáles son las motivaciones que usted tiene para realizar estas tareas de cuidados?</p>
	Vocacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción ejerciendo como cuidadores.</li> <li>• Elección de esta profesión.</li> </ul>	
Repercusiones del cuidado en el cuidador.	Física (salud).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición de síntomas relacionados con las labores del cuidado: <i>nuevas enfermedades relacionadas.</i></li> </ul>	<p>¿Ha notado que su salud haya empeorado al ejercer como cuidador?</p>
	Psíquica (emocional).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de estrés.</li> <li>• Frecuencia aparición de estrés.</li> <li>• Desarrollo de depresión.</li> </ul>	<p>¿Se ha sentido estresado en algún momento desde que es cuidador?</p> <p>¿Ha sufrido depresión en algún momento?</p>
Repercusiones en las relaciones sociales y familiares.	Familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación con la familia que continúa el lugar de origen.</li> <li>• Relación con la familia que se encuentra en el lugar de destino.</li> </ul>	<p>¿En qué se han visto afectadas o favorecidas la relación con su familia?</p>
	Social (ocio y tiempo libre).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevos lazos en el lugar de destino.</li> <li>• Actividades de ocio: <i>aparición o desaparición de actividades de ocio, nuevas actividades...</i></li> </ul>	<p>¿Se han formado nuevos lazos o nuevas redes desde su decisión de emigrar?</p> <p>¿Ha notado cambio en sus relaciones sociales o actividades de ocio?</p>
Satisfacción general con el cuidado.	Percepción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de satisfacción ejerciendo como cuidador.</li> </ul>	<p>¿Recibe algún tipo de satisfacción personal cuidando?</p>

#### OBJETIVO C. 4.

**C.5. Conocer la situación laboral concreta de las cuidadoras.**

		<b>OBJETIVO C.5.</b>	
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CUESTIÓN
Situación laboral.	Régimen de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horario: <i>interna, atención diaria, nocturna, externa o por horas. No son categorías excluyentes.</i></li> <li>• Forma de acceso al puesto de trabajo.</li> </ul>	<p>¿Qué régimen laboral cumple? Horarios.</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>¿Cómo accedió a este trabajo? ¿Quién lo contrató?</p>
	Contractual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato: posee o no contrato.</li> <li>• Tipo de contrato que posee: <i>indefinido, de duración determinada...</i></li> <li>• Régimen laboral inscrito.</li> </ul>	<p>¿Tiene contrato?</p> <p>¿Qué tipo de contrato tiene?</p>
	Económica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de ingresos.</li> </ul>	<p>¿A qué régimen laboral se encuentra inscrito?</p> <p><i>Según el desarrollo de la entrevista, preguntar directamente, preguntar rango de ingresos u omitir.</i></p>

### C.6. Identificar las principales necesidades y demandas expresadas de estas trabajadoras en el ámbito de los cuidados a personas dependientes.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CUESTIÓN	OBJETIVO C.6.
Percepción de reconocimiento social.	Persona dependiente y familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento de la persona dependiente.</li> <li>• Reconocimiento de la familia o empleador.</li> </ul>	¿Siente que la familia y la persona a la que cuida reconocen y agradecen su labor?	<p>¿Considera que su trabajo está bien reconocido a nivel social e institucional?</p> <p><i>Pregunta abierta:</i></p> <p>¿Cuál cree que sería la mejor opción para la persona a la que cuida?</p>
	Social e institucional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento institucional.</li> <li>• Reconocimiento social.</li> </ul>		
Necesidades específicas del cuidador.	Necesidades para cuidar mejor.	<p><i>Atender al área social, económica y afectiva de la persona cuidada.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alternativas para la persona a la que cuida: <i>residencia, cuidado en el domicilio, centros de día...</i></li> <li>○ Formación específica.</li> <li>○ Mejoras en la adaptabilidad del hogar: <i>el hogar está poco adaptado, responde bien a las necesidades del cuidado...</i></li> </ul>		
	Necesidades personales del cuidador.	<p><i>Atender al área social, económica, salud y formativa del cuidador.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mejora de las condiciones laborales.</li> <li>○ Recibir mayor apoyo: <i>formal (institucional), informal (familiares y amigos de la persona a la que cuida) ...</i></li> </ul>	<p><i>Pregunta abierta:</i></p> <p>¿Percebe reconocimiento en su trabajo?</p> <p>¿Qué cree usted que necesita para su propio bienestar?</p>	



## **ANEXO II. Operacionalización de las variables del Objetivo D.**

En este apartado se recogen las tablas confeccionadas para desglosar las variables que se pretenden estudiar durante el desarrollo del *Objetivo D*, que recordamos a continuación:

### ***D. Conocer la influencia de las migraciones femeninas en torno a los cuidados en las familias en origen, mediante el estudio del caso nicaragüense.***

- D.1. Determinar las características socio-demográficas de la cuidadora y de las familias en origen.
- D.2. Conocer la situación laboral de esas cuidadoras en destino y su aportación a la economía familiar.
- D.3. Estudiar cómo se reestructuran las relaciones familiares tras la migración de la mujer que ejercerá como cuidadora en destino.
- D.4. Identificar las principales necesidades y demandas de estas familias y de las propias cuidadoras.

### D.1. Determinar las características socio-demográficas de la cuidadora y de las familias en origen.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CUESTIÓN	OBJETIVO D.I.
Características socio-demográficas de la cuidadora emigrada.	Socio-demográfica de la cuidadora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Edad (años cumplidos).</li> <li>• Estado civil: <i>casado, soltero, pareja de hecho, divorciado, separado...</i></li> <li>• Nacionalidad.</li> <li>• Religión: católica, protestante...</li> <li>• Tiempo de residencia en España.</li> <li>• Tipo de permiso: <i>(establecer en primer lugar si lo tiene) de residencia, de trabajo...</i></li> <li>• Nivel de estudios.</li> <li>• Formación específica como cuidador.</li> </ul>	<p><i>No se pregunta.</i></p> <p>¿Qué edad tiene?</p> <p>¿Cuál es su estado civil?</p> <p>¿Cuál es su nacionalidad?</p> <p>¿Es creyente? Si procede: ¿Cuál es la fe que profesa?</p> <p>¿Cuánto tiempo lleva residiendo en España?</p> <p>¿Tiene algún tipo de permiso? ¿De qué tipo?</p> <p>¿Cuál es su nivel de estudios?</p> <p>¿Ha recibido algún tipo de formación específica como cuidadora?</p>	
Características socio-demográficas de la familia en origen.	Vivienda de la cuidadora en España.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de personas que conviven.</li> <li>• Tipo de vivienda.</li> <li>• Relación legal con la vivienda: <i>en propiedad, alquiler, sin contrato...</i></li> </ul>	<p>¿Cuántas personas conviven en su hogar?</p> <p>¿Cómo es la vivienda en la que reside?</p> <p>¿Tiene algún contrato de alquiler, es en propiedad...?</p>	
Características socio-demográficas de la familia en origen.	Socio-demográfica de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de adultos en el hogar, parentesco con la cuidadora, edad y sexo.</li> <li>• Número de menores en el hogar, parentesco con la cuidadora edad y sexo.</li> <li>• Nacionalidad de cada miembro.</li> <li>• Religión.</li> <li>• Profesión de los adultos.</li> </ul>	<p>¿Cuántas personas son en la familia? ¿Quiénes son y qué relación guardan con la cuidadora?</p> <p>¿Cuántos adultos y cuántos menores? ¿Qué edad y sexo tienen cada uno de ellos?</p> <p>¿De qué nacionalidad son?</p> <p>¿Cuál es la fe de cada uno de ellos?</p> <p>¿Qué profesión ejercen los adultos?</p>	
	Vivienda de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de personas que conviven.</li> <li>• Ciudad, barrio o zona de residencia.</li> <li>• Tipo de vivienda.</li> <li>• Relación legal con la vivienda: <i>en propiedad, alquiler, sin contrato...</i></li> </ul>	<p>¿Cuántas personas conviven en la familia?</p> <p>¿En qué barrio o zona se sitúan?</p> <p>¿Qué tipo de vivienda tienen?</p> <p>¿Tiene algún contrato de alquiler, es en propiedad...?</p>	

**D.2. Conocer la situación laboral de esas cuidadoras en destino y su aportación a la economía familiar.**

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CUESTIÓN	OBJETIVO D.2.
Situación laboral.	Régimen de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jornada laboral: <i>horario, días de trabajo, vacaciones...</i></li> <li>• Forma de acceso al puesto de trabajo.</li> <li>• Tiempo trabajando en ese mismo puesto de cuidadora.</li> <li>• Tiempo realizando otros trabajos.</li> <li>• Duplicidad en el cuidado.</li> </ul>	<p>¿Cuál es el tipo de jornada laboral que tiene? ¿Y sus días libres?</p> <p>¿Cómo accedió a su puesto de trabajo?</p> <p>¿Cuánto tiempo lleva en ese puesto de trabajo?</p> <p>¿Ha realizado otros trabajos? ¿Cuáles? ¿Por cuánto tiempo?</p> <p>¿Cuida en más hogares? <i>En caso afirmativo, volver a preguntar las mismas cuestiones por cada trabajo adicional.</i></p>	
	Contractual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato: tenencia o no de contrato.</li> <li>• Tipo de contrato.</li> <li>• Régimen laboral al que está inscrita.</li> </ul>	<p>¿Tiene contrato?</p> <p>¿Qué tipo de contrato tiene?</p> <p>¿A qué régimen laboral se encuentra inscrita?</p>	
Características del cuidado.	Económica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de ingresos como cuidadora.</li> </ul>	<p>¿Cuáles su nivel de ingresos?</p>	
	Tipo de cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tareas del hogar.</li> <li>• Cuidados personales.</li> <li>• Tareas de supervisión.</li> </ul>	<p>¿Qué tareas domésticas realiza?</p> <p>¿Qué tipo de cuidados personales al dependiente?</p> <p>¿Realiza tareas de supervisión?</p>	
Aportación a la economía familiar.	Remesas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envío de remesas.</li> <li>• Cantidad de dinero enviado.</li> <li>• Periodicidad.</li> <li>• Tiempo que lleva enviando remesas.</li> <li>• Inversión de las remesas.</li> </ul>	<p>¿Envía algún dinero a la familia?</p> <p>¿Cuánto dinero envía?</p> <p>¿Cada cuánto tiempo envía dinero?</p> <p>¿Cuánto tiempo lleva mandando dinero?</p> <p>¿Para qué utilizan esas remesas?</p>	
	Otros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regalos.</li> <li>• Productos en especie.</li> <li>• Otros.</li> </ul>	<p>¿Envía algún tipo de regalos?</p>	

### D.3. Estudiar cómo se reestructuran las relaciones familiares tras la migración de la mujer que ejercerá como cuidadora en destino.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CUESTIÓN	OBJETIVO D.3.
Relaciones familiares.	Económica-laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fuente de ingresos en el hogar.</li> <li>Nivel de ingresos en el hogar.</li> <li>Variaciones en el nivel económico previo a la partida.</li> </ul>	<p>¿Cuál es la fuente de ingresos del hogar? ¿Cuál es el nivel de ingresos? ¿Ha mejorado o empeorado su nivel económico desde que emigró su familiar? ¿Cuánto?</p>	
	Trabajo doméstico y cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilidad de las tareas del hogar.</li> <li>Cuidado de los niños y dependientes.</li> </ul>	<p>¿Quién se responsabilizaba de las tareas del hogar antes de su partida? ¿Quién se hace cargo ahora? ¿Quién se responsabilizaba del cuidado de los niños y dependientes en el hogar? ¿Quién se hace cargo ahora?</p>	
	Toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de decisiones relativas a la economía del hogar: <i>inversiones, adquisiciones, residencia, gastos...</i></li> <li>Toma de decisiones familiares: <i>educación de los hijos, médicos, solución de conflictos...</i></li> </ul>	<p>¿Cómo se toman las decisiones relativas a la economía del hogar desde que emigró? ¿Su familiar participa en ellas? ¿Cómo se toman las decisiones familiares desde que emigró? ¿Participa en ellas?</p>	
	Comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forma de comunicarse.</li> <li>Frecuencia de las comunicaciones.</li> <li>Percepción de la calidad de la comunicación.</li> <li>Percepción de pérdida o acercamiento con el familiar.</li> </ul>	<p>¿Cómo se comunican? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo percibe la calidad de la comunicación? ¿Siente que la distancia les ha alejado o acercado?</p>	

**D.4. Identificar las principales necesidades y demandas de estas familias y de las propias cuidadoras.**

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CUESTIÓN	OBJETIVO D.4.
Necesidades de las familias.	Económica-laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayores envíos de remesas.</li> <li>• Mejora del puesto laboral de la cuidadora.</li> </ul>	<p>Pregunta abierta:</p> <p>¿Qué necesitaría usted como familiar de persona emigrada para mejorar su calidad de vida y la de su familia?</p>	
	Familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora del contacto.</li> <li>• Reunificación familiar.</li> <li>• Regreso del familiar.</li> </ul>		
	Otras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas expresadas.</li> </ul>		
Necesidades de la cuidadora percibidas por la familia.	Económica-laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayores ingresos.</li> <li>• Mejora del puesto laboral de la cuidadora.</li> <li>• Regularizar su situación.</li> <li>• Cambio de actividad productiva.</li> </ul>	<p>Pregunta abierta:</p> <p>¿Qué cree usted que necesitaría su familiar para mejorar su calidad de vida?</p>	
	Familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora del contacto.</li> <li>• Reunificación familiar.</li> <li>• Regreso a su país de origen.</li> </ul>		
	Otras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades y demandas expresadas.</li> </ul>		

## **ANEXO III. Guion de entrevista semi-estructurada correspondiente al Objetivo C: cuidadoras en Aragón (España).**

### 1. PERFIL DE LA CUIDADORA // Características socio-demográficas:

Edad

Estado civil

Nacionalidad

¿Es usted creyente? ¿Cuál es la fe que profesa?

¿Cuánto tiempo lleva residiendo en España?

¿Tiene algún tipo de permiso? ¿De qué tipo?

¿Cuál es su nivel de estudios? ¿Dónde lo obtuvo?

¿Ha recibido formación específica como cuidador?

¿Cómo es la vivienda en la que reside?

¿Tiene algún contrato de alquiler, es en propiedad...?

¿Cuántas personas conviven en el hogar en el que reside actualmente?

¿Cómo es la vivienda en la que residía allí?

¿Tiene algún contrato de alquiler, es en propiedad...?

¿Cuántas personas conviven en el hogar de origen?

### 2. PERFIL DE LA PERSONA CUIDADA // Características socio-demográficas y estado de salud:

Sexo

Edad

Estado civil

¿Cuántas personas conviven en el hogar?

¿Cómo se compone la red familiar? ¿Mantiene contacto con algún familiar? ¿Quiénes?

Explicar la relación.

- ¿Cuál es su actual fuente de ingresos?
- ¿Cuál era la ocupación principal que realizó durante su vida laboral?
- ¿Cuándo comenzó la necesidad de cuidados?
- ¿Qué enfermedades tiene diagnosticadas?
- ¿Tiene legalmente reconocida la situación de dependencia?
- ¿Qué grado y nivel?
- ¿Ha generado algún derecho por ello?
- ¿Ha recibido algún tipo de prestación?

### 3. TIPO DE CUIDADOS:

- ¿Cuántos días dedica a la semana o al mes a las tareas de cuidados? (Frecuencia cuidados)
- ¿Cuántas horas a la semana?
- ¿Desde cuándo ejerce de cuidador?
- ¿Podría describirme cómo es un día normal de trabajo?
- ¿Qué tipo de actividades de cuidados realiza? Si no las hace el cuidador, ¿quién las hace?

Frecuencia, forma y características.

Limpieza y cuidado de la casa

Compra diaria

Preparar comidas

Aseo y cuidados personales

Acompañamiento o vigilancia en casa

Medicación

Acompañar al médico

Gestiones administrativas

Conducción y traslados

Otras tareas

Si estas tareas no las realizan estos cuidadores, ¿Quién las está llevando a cabo?

¿Qué persona participa con usted en el cuidado?

¿En qué tareas participa con usted?

¿Cómo se complementa la ayuda que recibe?

¿Cómo valora este cuidado?

¿Qué otro tipo de ayuda recibe la persona a la que cuida?

Formal (ayuda a domicilio, centro de día, económica...) *Igual ya ha salido en anterior pregunta "tipo de prestaciones que recibe".*

Informal (familiares, amigos, vecinos...).

Complementariedad de esta ayuda con sus cuidados.

#### 4. MOTIVACIONES, REPERCUSIONES Y GRATIFICACIÓN EN EL CUIDADO:

¿Cuáles son las motivaciones que usted tiene para realizar estas tareas de cuidados? (Necesidad, deudas, no hay trabajo, situación irregular, experiencia previa cuidando, crisis económica, satisfacción cuidando...).

¿En qué medida la actual crisis ha influenciado en la elección de esta profesión?

¿Han aparecido síntomas en su salud relacionados con las labores de cuidados?

¿Se ha sentido estresado en algún momento desde que ejerce de cuidador? ¿Con qué frecuencia?

¿En qué se ha visto afectada o favorecida la relación con su familia? ¿Se han formado nuevos lazos o nuevas redes desde su decisión de emigrar?

¿Ha notado cambio en sus relaciones sociales o actividades de ocio?

¿Recibe algún tipo de satisfacción personal cuidando?

#### 5. SITUACIÓN LABORAL:

¿Cómo accedió este trabajo?

¿A qué régimen laboral se encuentra inscrito? ¿Tiene contrato o algún de acuerdo? ¿De qué tipo? ¿Quién lo contrató? (Nivel de ingresos).

¿Cuida a más personas, casas o residencias?

#### 6. NECESIDADES / DEMANDAS:

¿Considera que su trabajo está bien reconocido? (Familiar, social, institucional...).

¿Cuál cree que sería la mejor opción para la persona a la que cuida?

¿Qué cree usted que necesita para su propio bienestar?



## **ANEXO IV. Guion de entrevista semi-estructurada a profesionales de entidades sociales en Aragón (España).**

*Nota: El presente guion se ha adaptado a las circunstancias concretas de cada profesional entrevistado, omitiendo preguntas, cambiado en el orden de las mismas o modificándolas levemente, si así se consideraba necesario, con el fin de ajustarlo a las características de la persona entrevistada o al contexto institucional al que pertenecía.*

### **1. DATOS PREVIOS (anónimos):**

Código de la entrevista.

Lugar y fecha de la entrevista.

Persona entrevistada/institución (anonimizado).

Aspectos de interés.

### **2. SITUACIÓN Y EXPERIENCIA LABORAL DE LA PERSONA ENTREVISTADA:**

¿Cuál es su nivel de estudios y su formación, en este ámbito o en otros?

¿Qué puesto ocupa en su institución? ¿Cuánto tiempo lleva en este puesto concreto?

¿Cuál es su recorrido profesional previo?

¿Qué programas o actividades concretas realiza la entidad en la que trabaja en cuestiones de inmigración? ¿Y de cuidados?

¿Cuál es su dedicación y función concreta en relación a los inmigrantes? ¿Y en el ámbito del cuidado?

### **3. CARACTERÍSTICAS DE LA ENTIDAD:**

¿Con qué recursos (económicos, materiales, humanos...) cuenta su organización?

¿Quién gestiona dichos recursos? ¿Cómo?

¿Existe relación o coordinación con a) la Administración Pública o b) otras entidades privadas (según el caso)? ¿En qué consiste?

¿Existe relación con entidades o administraciones de los países de origen?

#### 4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE A LA QUE ATIENDEN:

¿Cuál es el perfil de las personas inmigrantes que acuden a su entidad? (Edad, sexo, estado civil, situación administrativa, nacionalidad, trayectoria migratoria...).

¿Cómo es su proceso de adaptación al país?

¿Qué motivaciones tienen y/o qué objetivos persiguen?

¿Cuáles son sus posibles salidas laborales?

¿Por qué recurren las personas inmigrantes a su organización?

¿Qué tipo de demandas expresan?

¿Cómo acceden a esta entidad o qué requisitos deben cumplir para ser usuarios de sus recursos?

¿A qué recursos suelen acceder en general y de su organización en particular?

¿Ha afectado la crisis al perfil, a las demandas o a las trayectorias migratorias o laborales de estas personas?

Si también atienden a población autóctona, ¿hay diferencias en sus demandas y/o en la manera de afrontar sus necesidades? ¿Cuáles?

¿Su entidad facilita que surjan redes de apoyo entre inmigrantes?

#### 5. INMIGRACIÓN EN TORNO A LOS CUIDADOS:

¿Qué relación observa entre mujeres inmigrantes y el sector de los cuidados en España?

¿Qué situación o condiciones laborales suelen tener estas cuidadoras?

¿Cuáles son las funciones de cuidado más frecuentes que realizan estas mujeres?

¿Qué repercusiones tiene esta actividad en estas cuidadoras? (Positivas y negativas).

¿Qué necesidades o demandas suelen expresar las cuidadoras inmigrantes en concreto?

¿Cómo valora el trabajo que realizan estas cuidadoras inmigrantes?

#### 6. CUIDADORAS INMIGRANTES Y ESTRATEGIAS DE CONCILIACIÓN FAMILIAR.

¿Qué estrategias de conciliación y de mantenimiento de vínculos conoce y observa de estas cuidadoras en relación con su familia en origen?

¿Qué importancia tienen las remesas tanto para las cuidadoras como para sus familias en origen?

¿Qué otros cuidados o apoyos envían estas mujeres inmigrantes?

¿Reciben estas mujeres algún cuidado de sus familias en origen?

¿Cómo concilian estas cuidadoras con su familia en destino? ¿Difieren en algo de las estrategias de las mujeres o familias autóctonas?

¿Se observan diferencias o similitudes en las necesidades, trayectorias, estrategias de afrontar la migración entre hombres y mujeres? ¿Cuáles?

#### 7. VALORACIÓN GENERAL Y PROPUESTAS DE MEJORA.

¿Qué valoración puede hacer del papel que juega su institución y usted mismo en el ámbito de las migraciones y/o el cuidado?

¿Qué propondría usted en relación a la mejora de la calidad de vida de estas cuidadoras inmigrantes?

¿Qué aportaciones se realizan desde el Trabajo Social a este ámbito desde su institución?

¿Qué más se podría aportar? ¿Se valora lo suficiente el Trabajo Social en su entidad?

## **ANEXO V. Guion de entrevista semi-estructurada correspondiente al Objetivo D: familias en origen (Nicaragua).**

### **1. PERFIL DE LA CUIDADORA Y DE LA FAMILIA // Características socio-demográficas:**

#### **CUIDADORA:**

Sexo.

¿Qué edad tiene?

¿Cuál es su estado civil?

¿Cuál es su nacionalidad?

¿Es creyente? Si procede: ¿Cuál es la fe que profesa?

¿Cuánto tiempo lleva residiendo en España?

¿Tiene algún tipo de permiso? ¿De qué tipo?

¿Cuál es su nivel de estudios?

¿Ha recibido algún tipo de formación específica como cuidadora?

¿Cuántas personas conviven en su hogar?

¿Cómo es la vivienda en la que reside?

¿Tiene algún contrato de alquiler, es en propiedad...?

#### **FAMILIA:**

¿Cuántas personas son en la familia? ¿Quiénes son y qué relación guardan con la cuidadora?

¿Cuántos adultos y cuántos menores? ¿Qué edad y sexo tienen cada uno de ellos?

¿De qué nacionalidad son?

¿Cuál es la fe de cada uno de ellos?

¿Qué profesión ejercen los adultos?

¿Cuántas personas conviven en la familia?

¿En qué barrio o zona se sitúan?

¿Qué tipo de vivienda tienen?

¿Tiene algún contrato de alquiler, es en propiedad...?

### **2. SITUACIÓN LABORAL, APORTACIÓN ECONÓMICA Y TIPO DE CUIDADO.**

#### **SITUACIÓN LABORAL:**

¿Cuál es el tipo de jornada laboral que tiene? ¿Y sus días libres?

¿Cómo accedió a su puesto de trabajo?

¿Cuánto tiempo lleva en ese puesto de trabajo?

¿Ha realizado otros trabajos? ¿Cuáles? ¿Por cuánto tiempo?

¿Cuida en más hogares? En caso afirmativo, volver a preguntar las mismas cuestiones por cada trabajo adicional.

¿Tiene contrato?

¿Qué tipo de contrato tiene?

¿A qué régimen laboral se encuentra inscrita?

¿Cuál es su nivel de ingresos?

#### TIPO DE CUIDADO:

¿Qué tareas domésticas realiza?

¿Qué tipo de cuidados personales al dependiente?

¿Realiza tareas de supervisión?

#### APORTACIÓN ECONÓMICA:

¿Envía algún dinero a la familia?

¿Cuánto dinero envía?

¿Cada cuánto tiempo envía dinero?

¿Cuánto tiempo lleva mandando dinero?

¿Para qué utilizan esas remesas?

¿Envía algún tipo de regalos?

### 3. REESTRUCTURACIÓN FAMILIAR.

#### ECONÓMICA-LABORAL:

¿Cuál es la fuente de ingresos del hogar?

¿Cuál es el nivel de ingresos?

¿Ha mejorado o empeorado su nivel económico desde que emigró su familiar? ¿Cuánto?

#### TRABAJO DOMÉSTICO Y CUIDADO:

¿Quién se responsabilizaba de las tareas del hogar antes de su partida? ¿Quién se hace cargo ahora?

¿Quién se responsabilizaba del cuidado de los niños y dependientes en el hogar? ¿Quién se hace cargo ahora?

#### TOMA DE DECISIONES:

¿Cómo se toman las decisiones relativas a la economía del hogar desde que emigró? ¿Su familiar participa en ellas?

¿Cómo se toman las decisiones familiares desde que emigró? ¿Participa en ellas?

#### COMUNICACIÓN:

¿Cómo se comunican?

¿Con qué frecuencia?

¿Cómo percibe la calidad de la comunicación?

¿Siente que la distancia les ha alejado o acercado?

#### 4. NECESIDADES Y DEMANDAS.

##### *Pregunta abierta:*

¿Qué necesitaría usted como familiar de persona emigrada para mejorar su calidad de vida y la de su familia?

##### *Pregunta abierta:*

¿Qué cree usted que necesitaría su familiar para mejorar su calidad de vida?

## **ANEXO VI. Guion de entrevista abierta a profesionales en León y Chinandega (Nicaragua).**

### 1. DATOS PREVIOS (anónimos):

Código de la entrevista.

Lugar y fecha de la entrevista.

Persona entrevistada/institución (anonimizado).

Aspectos de interés.

### 2. SITUACIÓN Y EXPERIENCIA LABORAL DE LA PERSONA ENTREVISTADA:

¿Cuál es su nivel de estudios y su formación, en este ámbito o en otros?

¿Qué puesto ocupa en su institución? ¿Cuánto tiempo lleva en este puesto concreto?

¿Cuál es su recorrido profesional previo?

¿Qué programas o actividades concretas realiza usted o la entidad en la que trabaja en cuestiones de migraciones? ¿Y de cuidados?

*Temas abiertos:*

a) Percepción sobre los “mitos” que rodean a la migración en Nicaragua, y en concreto, en el caso de mujeres que viajan a España.

b) Percepción sobre la situación previa de las familias en Nicaragua en la que uno de sus miembros a emigrado y, especialmente, si una de sus componentes ha emigrado a España para trabajar como cuidadora de personas en situación de dependencia.

c) Percepción sobre la situación posterior de las familias una vez que la persona ha emigrado: reestructuración familiar, mantenimiento de vínculos, envío de remesas...

d) Percepción sobre los impactos de las migraciones en la economía, sociedad, demografía, familias...

## ANEXO VII. Ficha de observación en Nicaragua.

**Ficha de observación n°:**

**Fecha:**

**Correspondencia con entrevista codificada:**

Lugar de la observación (localidad, departamento, zona...).

Datos de la familia participante:

Datos de la casa en la que habita la familia y el entorno:

Observaciones generales:



## ANEXO VIII. Consentimiento informado: cuidadoras en España.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Desde el Departamento de Psicología y Sociología, de la Universidad de Zaragoza, se está llevando a cabo un estudio titulado “Envejecimiento y atención a la dependencia en Aragón. La función de las cuidadoras inmigrantes”, como parte de una tesis doctoral de Ana Cristina Romea Martínez, dentro del Programa de Doctorado de Sociología de las Políticas Públicas y Sociales, dirigida el Doctor Carlos Gómez Bahillo.

La finalidad de la siguiente entrevista es conocer su punto de vista como cuidadora de personas mayores de 65 años. Para ello, se agradece su participación, fundamental para la consecución y realización del estudio, y consistente en expresar libremente su opinión a través de las preguntas que se le efectúan. Puede dejar de contestar las cuestiones que considere oportuno, retirarse en todo momento de la entrevista, así como revocar su consentimiento en cualquier fase de la entrevista, incluso posteriormente puede pedir que se eliminen los datos que usted ha aportado.

Recuerde que se garantiza en todo momento el anonimato de los datos e información de carácter personal que usted proporcione: en ningún caso aparecerá ningún dato de tipo privado, ni que permita identificarla de ninguna manera. Se le informa de que la entrevista puede ser grabada, si usted da su consentimiento previo; dicho consentimiento quedará registrado en la propia grabación. Si usted está conforme, el documento grabado resultante será inmediatamente destruido una vez extraídos los datos relevantes para el estudio.

Muchas gracias por su colaboración.

*Ana Cristina Romea Martínez*

*romea@unizar.es*

Yo \_\_\_\_\_,  
mayor de edad, doy mi consentimiento para participar en este estudio.

*Fecha y firma:*

## ANEXO IX. Consentimiento informado: familias en Nicaragua.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para ser entrevistado(a) como parte del estudio “Envejecimiento y atención a la dependencia en Aragón. La función de las cuidadoras inmigrantes”, que se integra a su vez en la Universidad de Zaragoza (España).

El objetivo de este estudio es conocer la situación de las personas que trabajan, o han trabajado, en España como cuidadores de mayores dependientes, así como de sus familias.

La participación es totalmente voluntaria, la conversación será completamente confidencial y su nombre no será mencionado en ningún informe o comunicación. Usted puede detener la entrevista en cualquier momento que quiera, o no responder a alguna pregunta si así lo desea.

Se le informa de que la entrevista puede ser grabada en audio para su posterior análisis; este material no podrá ser escuchado por ninguna otra persona ajena a esta entrevista.

¿Tiene alguna pregunta?

¿Está de acuerdo en participar?

Acepta ser entrevistado(a).

No acepta participar.

*Fecha y firma:*

## ANEXO X. Tabla complementaria del Capítulo 5.

Tabla 21. Distribución comarcal de la población total, el total de personas entre 50 y 74 años y el total de personas de 80 y más años, censo 2011 y padrón 2015.

TERRITORIO	CENSO 2011			PADRÓN 2015		
	Pob. total	T. 50 a 74	T. 80 y +	Pob. total	T. 50 a 74	T. 80 y +
La Jacetania	18176	4834	1396	18080	5305	1490
Alto Gállego	14558	3874	1127	13766	4028	1155
Sobrarbe	7662	2116	596	7556	2433	696
La Ribagorza	13036	3566	1234	12376	3767	1253
Cinco Villas	32501	9320	2521	31108	9785	2785
Hoya de Huesca / Plana de Uesca	67920	18558	5125	67806	20023	5323
Somontano de Barbastro	24306	6692	2183	23925	7123	2277
Cinca Medio	24031	6237	1848	23979	6725	1895
La Litera / La Llitera	18852	5421	1582	18516	5507	1879
Los Monegros	20577	6307	2088	19566	6421	2244
Bajo Cinca / Baix Cinca	24554	6578	1549	24619	6727	1856
Tarazona y el Moncayo	14557	4206	1052	14258	4262	1285
Campo de Borja	15165	4105	1323	14346	4349	1330
Aranda	7401	2207	563	7082	2304	689
Ribera Alta del Ebro	27759	7142	1816	27141	7616	1987
Valdejalón	29671	7058	1942	28763	7472	2051
D.C. Zaragoza	752939	202909	42093	742656	217481	47055
Ribera Baja del Ebro	9365	2821	721	8964	2845	935
Bajo Aragón-Caspe/Baix Aragó-Casp	14934	4043	1147	14908	4233	1251
Comunidad de Calatayud	40929	11246	3968	38362	11439	4351
Campo de Cariñena	11051	3055	1075	10352	3120	1038
Campo de Belchite	5199	1612	615	4885	1719	706
Bajo Martín	6931	2063	757	6619	2129	833
Campo de Daroca	6203	2032	789	5901	1986	886
Jiloca	13589	3976	1534	12980	3876	1744
Cuencas Mineras	8882	2643	661	8591	2689	850
Andorra-Sierra de Arcos	11209	2956	924	10743	3280	987
Bajo Aragón	30036	7778	2007	29410	8162	2414
Comunidad de Teruel	47064	12544	3789	46426	13281	4246
Maestrazgo	3577	1075	355	3333	1119	381
Sierra de Albarracín	4915	1548	515	4652	1501	610
Gúdar-Javalambre	8277	2201	781	7793	2218	802
Matarraña / Matarranya	8683	2604	903	8385	2716	986
<i>Provincia Huesca</i>	<i>225962</i>	<i>61841</i>	<i>18015</i>	<i>222909</i>	<i>65725</i>	<i>19273</i>
<i>Provincia Teruel</i>	<i>143162</i>	<i>39388</i>	<i>12226</i>	<i>138932</i>	<i>40971</i>	<i>13853</i>
<i>Provincia Zaragoza</i>	<i>975384</i>	<i>264098</i>	<i>60339</i>	<i>956006</i>	<i>280945</i>	<i>67144</i>
<b>Aragón</b>	<b>1344508</b>	<b>365328</b>	<b>90579</b>	<b>1317847</b>	<b>387641</b>	<b>100270</b>

Fuente: elaboración propia.

## ANEXO XI. Materiales y tablas complementarias del *Capítulo 6.*

Tabla 22. Beneficiarios y número de prestaciones del SAAD concedidas, por Comunidad Autónoma. Situación a mayo de 2015.

ÁMBITO TERRITORIAL	BENEFICIARIOS	Prevención Dependencia y Promoción A. Personal	Tele-asistencia	Ayuda a Domicilio	Centros de Día/Noche	Atención Residencial	P. E Vinculada Servicio	P. E Cuidados Familiares	P. E Asist. Personal
Andalucía	162.366	0	52.113	48.303	13.061	22.052	2.972	79.630	10
Aragón	16.681	0	1	3	1.137	3.324	3.555	8.699	0
Asturias (Principado de)	14.868	10	668	1.735	1.686	2.861	1.872	7.060	2
Illes Balears	11.397	60	0	123	956	2.031	570	7.770	0
Canarias	22.388	38	470	8.698	3.503	3.355	1.469	5.528	0
Cantabria	13.475	0	749	844	1.302	4.178	0	7.647	1
Castilla y León	61.660	7.928	4.058	11.149	6.080	7.213	19.180	21.236	183
Castilla-La Mancha	34.705	3.675	4.950	7.199	2.177	9.857	2.808	17.008	11
Catalunya	127.755	2.541	16.408	21.617	13.103	28.936	12.204	89.425	13
Comunitat Valenciana	41.337	252	7.983	0	5.234	9.472	3.892	20.992	4
Extremadura	21.741	621	1.462	574	1.326	4.258	8.327	7.470	2
Galicia	38.816	736	1.311	11.372	5.816	7.352	4.796	10.336	83
Madrid (Comunidad)	88.582	3.424	17.634	19.829	13.348	21.550	8.990	27.813	30
Murcia (Región de)	26.648	3.172	4.294	82	3.160	3.414	1.253	18.374	0
Navarra (C. Foral de)	8.314	129	830	558	247	1.932	1.007	5.120	1
País Vasco	46.221	64	652	6.133	5.950	11.780	1.933	24.813	2.073
La Rioja	6.266	686	1.127	1.915	789	1.285	623	3.052	0
Ceuta y Melilla	1.939	238	298	480	53	147	5	1.244	0
<b>TOTAL</b>	<b>745.159</b>	<b>23.574</b>	<b>115.008</b>	<b>140.614</b>	<b>78.928</b>	<b>144.997</b>	<b>75.456</b>	<b>363.217</b>	<b>2.413</b>

Fuente: elaboración propia a partir de datos del SAAD (2015).

Tabla 23. Tipología 1 de prestaciones del SAAD: servicios vs. prestaciones económicas, según CCAA. Situación a mayo de 2015.

CCAA	SERVICIOS		PRESTACIONES ECONÓMICAS	
	Servicios (absoluto)	Servicios (relativo)	Prestaciones econ. (absoluto)	Prestaciones econ. (relativo)
Andalucía	135.529	83,5	82.612	50,9
Aragón	4.465	26,8	12.254	73,5
Asturias (Principado)	6.960	46,8	8.934	60,1
Illes Balears	3.170	27,8	8.340	73,2
Canarias	16.064	71,8	6.997	31,3
Cantabria	7.073	52,5	7.648	56,8
Castilla y León	36.428	59,1	40.599	65,8
Castilla-La Mancha	27.858	80,3	19.827	57,1
Catalunya	82.605	64,7	101.642	79,6
C. Valenciana	22.941	55,5	24.888	60,2
Extremadura	8.241	37,9	15.799	72,7
Galicia	26.587	68,5	15.215	39,2
Madrid (C. de)	75.785	85,6	36.833	41,6
Murcia ( Región de)	14.122	53,0	19.627	73,7
Navarra (C. Foral)	3.696	44,5	6.128	73,7
País Vasco	24.579	53,2	28.819	62,4
La Rioja	5.802	92,6	3.675	58,6
Ceuta y Melilla	1.216	62,7	1.249	64,4
<b>TOTAL</b>	<b>503.121</b>	<b>67,5</b>	<b>441.086</b>	<b>59,2</b>

Fuente: elaboración propia a partir de datos del SAAD (2015).

Tabla 24. Tipología 2 de prestaciones del SAAD: atención institucional vs. atención comunitaria, según CCAA. Situación a mayo de 2015.

	ATENCIÓN INSTITUCIONAL		ATENCIÓN COMUNITARIA	
	Institucional (absoluto)	Institucional (relativo)	Comunitaria (absoluto)	Comunitaria (relativo)
Andalucía	25.024	15,4	193.117	118,9
Aragón	6.879	41,2	9.840	59,0
Asturias (Principado de)	4.733	31,8	11.161	75,1
Illes Balears	2.601	22,8	8.909	78,2
Canarias	4.824	21,5	18.237	81,5
Cantabria	4.178	31,0	10.543	78,2
Castilla y León	26.393	42,8	50.634	82,1
Castilla-La Mancha	12.665	36,5	35.020	100,9
Catalunya	41.140	32,2	143.107	112,0
Comunitat Valenciana	13.364	32,3	34.465	83,4
Extremadura	12.585	57,9	11.455	52,7
Galicia	12.148	31,3	29.654	76,4
Madrid (Comunidad de)	30.540	34,5	82.078	92,7
Murcia ( Región de)	4.667	17,5	29.082	109,1
Navarra (C. Foral de)	2.939	35,4	6.885	82,8
País Vasco	13.713	29,7	39.685	85,9
La Rioja	1.908	30,5	7.569	120,8
Ceuta y Melilla	152	7,8	2.313	119,3
<b>TOTAL</b>	<b>220.453</b>	<b>29,6</b>	<b>723.754</b>	<b>97,1</b>

Fuente: elaboración propia a partir de datos del SAAD (2015).

Tabla 25. Tipología 3 de prestaciones del SAAD: atención profesional vs. atención familiar, según CCAA. Situación a mayo de 2015.

CCAA	ATENCIÓN PROFESIONAL		ATENCIÓN FAMILIAR	
	Profesional (absoluto)	Profesional (relativo)	Familiar (absoluto)	Familiar (relativo)
Andalucía	138.511	85,3	79.630	49,0
Aragón	8.020	48,1	8.699	52,1
Asturias (Principado)	8.834	59,4	7.060	47,5
Illes Balears	3.740	32,8	7.770	68,2
Canarias	17.533	78,3	5.528	24,7
Cantabria	7.074	52,5	7.647	56,7
Castilla y León	55.791	90,5	21.236	34,4
Castilla-La Mancha	30.677	88,4	17.008	49,0
Catalunya	94.822	74,2	89.425	70,0
C. Valenciana	26.837	64,9	20.992	50,8
Extremadura	16.570	76,2	7.470	34,4
Galicia	31.466	81,1	10.336	26,6
Madrid (C. de)	84.805	95,7	27.813	31,4
Murcia (Región de)	15.375	57,7	18.374	69,0
Navarra (C. Foral)	4.704	56,6	5.120	61,6
País Vasco	28.585	61,8	24.813	53,7
La Rioja	6.425	102,5	3.052	48,7
Ceuta y Melilla	1.221	63,0	1.244	64,2
<b>TOTAL</b>	<b>580.990</b>	<b>78,0</b>	<b>363.217</b>	<b>48,7</b>

Fuente: elaboración propia a partir de datos del SAAD (2015).

Tabla 26. Evolución del tipo de prestaciones del SAAD concedidas en España.

	Prevención, Dependencia y Promoción Atención Personal	Teleasistencia	Ayuda a Domicilio	Centros de Día/Noche	Atención Residencial	Prestación económica vinculada a servicio	Prestación económica cuidados familiares	Prestación económica asistencia Personal
2008 Septiembre	9	4.663	17.735	7.463	42.774	6.776	49.953	25
2008 Octubre	103	7.098	23.914	9.807	49.828	8.634	69.143	149
2008 Noviembre	140	8.192	27.520	10.909	54.238	10.879	91.243	158
2008 Diciembre	231	9.820	32.236	12.270	57.960	13.197	109.287	171
2009 Enero	259	11.096	36.722	13.932	68.036	17.944	129.151	210
2009 Febrero	524	12.426	40.554	14.823	71.905	19.155	136.640	214
2009 Marzo	656	14.482	46.429	16.307	76.011	21.022	151.291	432
2009 Abril	1.214	17.929	53.363	18.801	81.355	22.904	169.987	454
2009 Mayo	1.499	19.744	57.142	19.700	83.511	25.185	184.002	566
2009 Junio(*)	1.659	21.036	37.392	19.766	74.987	24.480	186.267	560
2009 Julio	1.876	23.395	40.620	20.920	77.868	25.484	202.147	601
2009 Agosto	2.426	26.625	44.024	22.212	82.670	26.737	217.310	618
2009 Septiembre	2.554	28.286	46.509	22.827	86.220	28.633	228.817	630
2009 Octubre	2.608	30.551	49.501	23.702	89.293	30.110	239.100	636
2009 Noviembre	2.930	32.896	52.225	26.144	93.079	33.717	252.836	654
2009 Diciembre	2.962	35.372	56.089	27.361	95.820	36.076	266.398	658
2010 Enero	3.018	51.480	59.576	28.479	98.941	38.158	280.013	685
2010 Febrero	3.045	53.437	62.788	29.816	102.208	39.819	291.664	693
2010 Marzo	3.199	55.656	64.481	30.849	107.339	41.298	298.763	698
2010 Abril	4.033	63.928	70.328	32.978	109.076	44.060	312.624	709
2010 Mayo	4.203	64.911	70.428	34.658	108.912	43.705	318.843	690
2010 Junio	5.653	70.524	75.177	36.912	112.291	46.771	331.632	692
2010 Julio	7.488	74.775	78.968	39.312	114.236	50.803	357.599	709
2010 Agosto	7.656	74.702	78.659	39.738	114.521	49.577	357.841	695
2010 Septiembre	8.502	75.682	80.415	40.653	115.517	50.302	362.384	696
2010 Octubre	9.787	77.266	82.381	41.938	115.498	49.960	365.452	692
2010 Noviembre	10.295	81.274	84.779	42.851	116.301	50.636	371.139	698
2010 Diciembre	11.147	84.016	90.912	44.610	119.253	52.402	377.787	735
2011 Enero	11.604	87.111	95.632	45.969	120.552	53.409	384.985	747
2011 Febrero	11.914	89.369	98.927	48.189	122.924	53.571	390.025	743
2011 Marzo	13.090	91.901	102.625	49.308	125.530	53.975	398.205	743
2011 Abril	13.527	96.170	109.049	51.200	127.827	54.305	409.522	724
2011 Mayo	14.306	107.848	112.412	52.081	128.122	56.617	416.913	752
2011 Junio (*)	14.540	106.821	110.586	51.765	118.242	52.620	401.176	663
2011 Julio	14.873	111.357	114.230	52.774	119.503	54.526	405.537	709
2011 Agosto	15.164	113.858	116.137	53.875	120.483	55.799	411.880	785
2011 Septiembre	15.718	118.448	116.872	54.890	120.830	57.449	415.688	794
2011 Octubre	15.863	120.750	117.670	56.162	121.685	58.244	419.787	889
2011 Noviembre	16.108	120.761	118.108	57.129	122.302	58.875	420.199	891
2011 Diciembre	16.415	124.114	118.513	58.030	122.040	59.836	417.782	874
2012 Enero	17.532	125.742	119.912	59.968	124.420	60.255	423.019	906
2012 Febrero	17.717	125.906	120.825	60.535	123.964	61.172	422.736	900
2012 Marzo	17.920	128.270	119.467	60.340	122.622	61.215	421.783	873
2012 Abril	18.551	128.423	120.196	61.645	122.987	61.424	428.979	867
2012 Mayo	18.726	130.290	120.904	61.971	122.663	61.578	428.899	864
2012 Junio	18.929	131.016	121.665	62.614	122.613	61.607	427.747	895
2012 Julio	19.268	132.151	122.260	63.722	123.445	63.359	435.180	924
2012 Agosto	20.490	134.451	124.014	65.559	126.160	65.269	443.998	1.071



2012 Septiembre	20.629	133.492	123.335	65.571	126.004	64.786	439.940	1.067
2012 Octubre	20.794	132.295	122.572	65.547	125.528	64.649	436.130	1.120
2012 Noviembre	20.904	131.992	125.034	66.068	127.005	64.466	434.438	1.282
2012 Diciembre	20.956	130.828	125.828	66.196	126.918	64.497	431.294	1.304
2013 Enero	20.891	129.327	125.295	65.976	125.792	64.532	426.810	1.280
2013 Febrero	20.803	127.839	124.461	65.909	125.298	64.976	422.905	1.261
2013 Marzo	20.855	126.756	123.944	66.018	124.979	65.226	419.256	1.248
2013 Abril	21.105	127.294	124.920	66.329	125.656	65.386	419.211	1.230
2013 Mayo	20.962	125.923	124.511	66.137	123.396	65.050	414.616	1.211
2013 Junio	21.468	123.381	123.877	66.710	126.422	65.212	412.368	1.186
2013 Julio	21.539	122.380	123.679	67.058	127.916	66.454	409.435	1.181
2013 Agosto	21.396	121.176	122.891	67.159	130.453	65.663	405.732	1.273
2013 Septiembre	21.379	120.197	121.803	66.917	129.195	65.374	403.284	1.259
2013 Octubre	21.315	118.497	120.708	66.759	128.478	66.045	400.604	1.248
2013 Noviembre	21.432	117.827	121.157	67.965	129.588	67.266	399.678	1.263
2013 Diciembre	21.082	121.424	120.926	69.184	131.616	71.234	409.598	1.287
2014 Enero	20.994	120.457	120.962	70.343	130.424	72.029	408.401	1.441
2014 Febrero	20.996	120.315	121.042	70.493	130.643	72.951	407.731	1.623
2014 Marzo	20.949	118.944	119.752	70.703	130.503	71.950	403.569	1.588
2014 Abril	22.100	116.387	117.028	69.949	127.782	70.844	396.070	1.696
2014 Mayo	22.782	115.914	117.497	70.178	128.985	71.800	395.909	1.713
2014 Junio	22.582	118.662	116.818	70.236	128.402	72.185	392.532	1.722
2014 Julio	22.328	116.283	115.589	70.600	127.593	70.982	385.786	1.824
2014 Agosto	22.189	115.142	115.353	70.622	127.072	70.945	383.644	1.901
2014 Septiembre	21.786	115.050	116.605	70.652	129.181	70.742	382.431	1.875
2014 Octubre	21.674	116.296	118.233	70.518	131.950	71.566	381.215	1.865
2014 Noviembre	21.677	115.818	119.709	71.087	131.950	72.452	379.778	1.869
2014 Diciembre	23.310	115.570	132.597	73.293	135.346	73.636	374.348	1.883
2015 Enero	24.654	114.561	133.628	73.314	134.677	73.504	370.702	1.862
2015 Febrero	24.096	117.337	137.392	74.133	135.793	73.544	370.190	1.824
2015 Marzo	23.744	117.474	140.557	77.278	139.578	73.896	367.261	1.801
2015 Abril	23.914	116.612	142.164	77.743	140.854	74.195	365.252	1.901
2015 Mayo	23.574	115.008	140.614	78.928	144.997	75.456	363.217	2.413

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Sisaad (mayo del 2015).

Tabla 27. Evolución del tipo de prestaciones del SAAD concedidas en Aragón.

	Prevención, Dependencia y Promoción Atención Personal	Teleasistencia	Ayuda a Domicilio	Centros de Día/Noche	Atención Residencial	Prestación económica vinculada a servicio	Prestación económica cuidados familiares	Prestación económica asistencia Personal
2008 Septiembre	0	0	1	317	2.001	538	2.902	0
2008 Octubre	0	0	1	317	2.001	560	3.001	0
2008 Noviembre	0	0	0	361	2.169	780	3.945	0
2008 Diciembre	0	0	0	415	2.311	970	4.482	0
2009 Enero	0	0	0	526	2.469	1.256	5.301	0
2009 Febrero	0	0	0	527	2.546	1.271	5.358	0
2009 Marzo	0	0	0	533	2.566	1.550	5.969	0
2009 Abril	0	0	0	561	2.625	2.068	7.670	0
2009 Mayo	0	0	0	564	2.630	2.242	8.020	0
2009 Junio(*)	0	0	0	542	2.226	2.168	7.910	0
2009 Julio	0	0	0	551	2.231	2.284	8.350	0
2009 Agosto	0	0	0	575	2.230	2.684	9.709	0
2009 Septiembre	0	0	0	590	2.277	2.899	10.217	0
2009 Octubre	0	0	0	592	2.300	3.016	10.497	0
2009 Noviembre	0	0	0	595	2.334	3.269	11.166	0
2009 Diciembre	0	0	0	614	2.362	3.554	12.067	0
2010 Enero	0	0	0	646	2.378	3.852	12.947	0
2010 Febrero	0	0	0	662	2.393	3.986	13.416	0
2010 Marzo	0	0	0	667	2.425	4.128	13.750	0
2010 Abril	0	0	1	683	2.473	4.337	14.094	0
2010 Mayo	0	0	1	686	2.486	4.431	14.075	0
2010 Junio	0	0	1	699	2.539	4.746	14.889	0
2010 Julio	0	0	1	771	2.987	4.792	14.945	0
2010 Agosto	0	0	0	782	3.018	4.681	14.631	0
2010 Septiembre	0	0	0	792	3.155	4.684	14.426	0
2010 Octubre	0	0	0	833	3.442	4.970	14.930	0
2010 Noviembre	0	0	0	850	3.570	5.099	15.504	0
2010 Diciembre	0	0	0	889	3.650	5.165	15.791	0
2011 Enero	0	0	0	912	3.734	5.455	16.095	0
2011 Febrero	0	0	0	920	3.811	5.464	16.160	0
2011 Marzo	0	0	0	913	3.780	5.372	15.978	0
2011 Abril	0	0	0	929	3.789	5.628	16.693	0
2011 Mayo	0	0	0	928	3.778	5.672	17.158	0
2011 Junio (*)	0	0	0	906	3.371	4.731	15.507	0
2011 Julio	0	0	0	910	3.372	4.758	15.368	0
2011 Agosto	0	0	0	903	3.377	4.748	15.055	0
2011 Septiembre	0	0	0	908	3.366	4.664	14.831	0
2011 Octubre	0	0	0	919	3.365	4.612	14.646	0
2011 Noviembre	0	0	0	926	3.368	4.475	14.382	0
2011 Diciembre	0	0	0	952	3.310	4.284	13.949	0
2012 Enero	0	0	0	974	3.304	4.203	13.748	0
2012 Febrero	0	0	0	985	3.254	4.102	13.523	0
2012 Marzo	0	0	0	1.007	3.226	4.136	13.601	0

2012 Abril	0	0	0	1.024	3.211	4.249	14.063	1
2012 Mayo	0	0	0	1.051	3.244	4.421	14.544	1
2012 Junio	0	0	0	1.060	3.245	4.348	14.639	1
2012 Julio	0	0	0	1.053	3.214	4.237	14.411	1
2012 Agosto	0	0	0	1.052	3.203	4.226	14.213	1
2012 Septiembre	0	0	0	1.049	3.197	4.196	14.065	1
2012 Octubre	0	0	0	1.048	3.187	4.108	13.746	1
2012 Noviembre	0	0	0	1.046	3.174	4.030	13.549	0
2012 Diciembre	0	0	0	1.051	3.135	3.924	13.315	0
2013 Enero	0	0	0	1.044	3.103	3.857	13.133	0
2013 Febrero	0	0	0	1.035	3.052	3.677	12.781	0
2013 Marzo	0	0	0	1.043	3.042	3.529	12.495	0
2013 Abril	0	0	0	1.042	3.047	3.446	12.265	0
2013 Mayo	0	0	0	1.096	3.122	3.361	12.079	0
2013 Junio	0	0	0	1.101	3.153	3.238	11.798	0
2013 Julio	0	0	0	1.116	3.189	3.164	11.654	0
2013 Agosto	0	0	0	1.138	3.195	3.305	11.470	0
2013 Septiembre	0	0	0	1.136	3.163	3.260	11.314	0
2013 Octubre	0	0	0	1.143	3.188	3.244	11.148	0
2013 Noviembre	0	0	0	1.153	3.232	3.381	10.971	0
2013 Diciembre	0	0	0	1.138	3.252	3.467	10.779	0
2014 Enero	0	0	0	1.147	3.236	3.515	10.613	0
2014 Febrero	0	0	0	1.164	3.254	3.466	10.496	0
2014 Marzo	0	0	0	1.178	3.242	3.351	10.275	0
2014 Abril	0	0	0	1.165	3.244	3.452	9.966	0
2014 Mayo	0	0	0	1.167	3.294	3.651	9.805	0
2014 Junio	0	0	0	1.156	3.321	3.674	9.683	0
2014 Julio	0	0	0	1.154	3.302	3.646	9.488	0
2014 Agosto	0	0	0	1.153	3.321	3.645	9.324	0
2014 Septiembre	0	0	0	1.147	3.343	3.618	9.213	0
2014 Octubre	0	0	0	1.147	3.343	3.618	9.213	0
2014 Noviembre	0	0	0	1.147	3.343	3.618	9.213	0
2014 Diciembre	0	0	0	1.146	3.428	3.694	8.815	0
2015 Enero	0	0	0	1.155	3.426	3.672	8.683	0
2015 Febrero	0	0	0	1.148	3.410	3.694	8.493	0
2015 Marzo	0	0	0	1.140	3.383	3.644	8.653	0
2015 Abril	0	0	0	1.133	3.326	3.569	8.594	0
2015 Mayo	0	1	3	1.137	3.324	3.555	8.699	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Sisaad (mayo del 2015).

## ANEXO XII. Tablas complementarias del *Capítulo 8*.

Tabla 28. Principales características de las entrevistas a familias en Nicaragua.

<i>Código</i>	Parentesco con la cuidadora en España.	Lugar de realización de la entrevista	Características principales de la mujer emigrante en destino.	Características principales de la familia en origen.
<i>Familia 1</i>	Madre	León	No tuvieron que pedir dinero prestado para el viaje, por lo que todo lo que gana lo puede dedicar a su familia. Lleva 3 años en Zaragoza, tiene permisos; está cuidando a una mujer mayor.	Su hija emigró por motivos económicos. Cuida de sus nietos.
<i>Familia 2</i>	Madre	León	Su hija lleva algo más de medio año residiendo en Zaragoza. En esos momentos cuida a una mujer mayor.	Su hija emigró por falta de oportunidades laborales.
<i>Familia 3</i>	Cuñada	El Sauce (León)	Llegó a España hace 8 años. Primero residió en Madrid, pero al poco tiempo llegó a Zaragoza. Trabaja en una residencia los fines de semana y entre semana trabaja como empleada de hogar en varios domicilios.	Han montado un negocio familiar con las remesas que envía su cuñada.
<i>Familia 4</i>	Hermana	Achuapa (León)	Vive en Zaragoza desde que llegó, hace 4 años. Cuida a una señora en régimen de interna.	Antes se repartían el cuidado de sus padres, ahora ella sola y su hermana les envía dinero.
<i>Familia 5</i>	Tía	El Sauce (León)	Lleva 2 años en Zaragoza, cuida a un señor mayor.	Ha cuidado a sus hermanos, a sus sobrinos y a sus nietos cada vez que alguien de su familia ha emigrado.
<i>Familia 6</i>	Madre	El Sauce (León)	Lleva 2 años en Zaragoza. Cuida a un señor mayor.	Cuida a sus nietos en ausencia de su hija. También cuida algunas horas a los hijos de otras vecinas que han emigrado.
<i>Familia 7</i>	Hija	León	Lleva 4 años en Zaragoza. Tiene contrato y trabaja como cuidadora en dos casas, en turno de mañana y noche.	Su madre la dejó a ella al cargo de sus hermanos pequeños.
<i>Familia 8</i>	Hermana	León	Lleva 7 años en Zaragoza. Actualmente tiene dos trabajos: por la noche asea y acuesta a un señor y por la mañana va a levantar y a asear a otro.	Su madre emigró por motivos económicos y ahora vive con su abuela.
<i>Familia 9</i>	Esposo	Achuapa (León)	Lleva 8 años en España, el último lo ha pasado en Zaragoza. Trabaja cuidando a personas mayores.	Su mujer emigró para ahorrar dinero con el que construir una casa. Él cuida de su familia.
<i>Familia 10</i>	Hija	Achuapa (León)	Desde que llegó a España, hace 10 años, su madre ha estado cuidando en Zaragoza a un matrimonio de mayores.	Mientras fue menor de edad vivía con su tía. Ahora se prepara para ir a trabajar a España con su madre.

<i>Familia 11</i>	Madre	Chinandega	Lleva 1 año en Zaragoza. Cuida a una señora mayor.	Sus dos hijas han emigrado y cuida de los hijos de una de ellas.
<i>Familia 12</i>	Madre	Chinandega	Lleva 3 años en Zaragoza, por las mañanas cuida a un matrimonio de personas mayores.	Ahorrraron mucho tiempo para que su hija pudiera pagar el viaje a España, trabajan cuidando a los hijos de otras mujeres que emigraron.
<i>Familia 13</i>	Hermana	Chinandega	Llegó a Madrid hace 2 años, pero a los pocos meses se fue a Zaragoza. Está cuidando como interna en un hogar.	Cuida de los hijos de su hermana y de los de su sobrina, ambas trabajando en España.
<i>Familia 14</i>	Hermana	Chinandega	Llegó a España hace 9 años, ha estado residiendo en varios sitios. Ahora está en un pueblo de Zaragoza cuidando a personas mayores	Mantiene poco contacto porque su hermana lleva años trabajando en diferentes países.
<i>Familia 15</i>	Prima	Chinandega	Primero fue a Bilbao, hace 4 años, porque tenía familia y trabajó en el servicio doméstico. Lleva 2 años en Zaragoza, cuida por las noches cuida a un matrimonio mayor y por las mañanas trabaja en como empleada doméstica en algunas casas.	Cuida de los hijos de su prima.
<i>Familia 16</i>	Cuñada	Chinandega	Reside en Zaragoza desde hace 6 años, cuida a personas mayores.	Revisa que todo esté en orden en la familia de su cuñada. Cuida a los hijos de sus hermanos que han emigrado a EE.UU.
<i>Familia 17</i>	Madre	Chinandega	Lleva 3 años en Zaragoza, trabaja de interna cuidando a una persona mayor.	Cuida de sus nietos.
<i>Familia 18</i>	Madre	El Viejo (Chinandega)	Lleva 2 años residiendo en Zaragoza. Trabaja cuidando a una persona mayor.	Cuida de su nieta, pero su hija está pendiente a diario.
<i>Familia 19</i>	Hija	El Viejo (Chinandega)	Lleva 7 años en España, 3 en Bilbao y 4 en Zaragoza. Trabaja de interna cuidando a una persona mayores.	Se hace cargo de sus abuelos.
<i>Familia 20</i>	Hermana	El Viejo (Chinandega)	Hace 4 años llegó a Zaragoza, pero no le salía trabajo estable y se fue a un pueblo de Huesca, en el que cuida a un hombre mayor.	Cuida de sus sobrinos.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 29. Principales datos recogidos a través de la ficha de observación.

<i>Código</i>	<b>Código familia entrevista</b>	<b>Parentesco con la cuidadora en España.</b>	<b>Lugar de realización de la entrevista</b>	<b>Observaciones relevantes.</b>
<i>Observación 1</i>	Familia 1	Madre	León	Me enseña el abanico (ventilador) que le acaba de regalar su hija.
<i>Observación 2</i>	Familia 2	Madre	León	Su hija emigró por falta de oportunidades laborales. Se puede ver en su negocio de comida en la <i>Figura 8.2</i> .
<i>Observación 3</i>	Familia 3	Cuñada	El Sauce (León)	En la <i>Figura 8.3</i> se puede observar la pulpería.
<i>Observación 4</i>	Familia 4	Hermana	Achuapa (León)	Antes se repartían el cuidado de sus padres, ahora ella sola y su hermana les envía dinero. Se puede ver trabajando en la Imagen XX.
<i>Observación 5</i>	Familia 5	Tía	El Sauce (León)	Ha cuidado a sus hermanos, a sus sobrinos y a sus nietos cada vez que alguien de su familia ha emigrado. Se puede observar en la Imagen XX.
<i>Observación 6</i>	Familia 6	Madre	El Sauce (León)	En la <i>Figura 8.4</i> se puede ver el nuevo suelo de la casa que han puesto desde que su hija emigró.
<i>Observación 7</i>	Familia 7	Hija	Achuapa (León)	Me enseña unas camisetas que les ha enviado desde España su madre de regalo. Son de Zara y me comenta que le gustan muchísimo. Aprovecha para contarme que su madre se sabe la talla exacta de sus hijos y que siempre acierta con los regalos.
<i>Observación 8</i>	Familia 8	Hermana	León	Se puede observar en la Imagen XX.
<i>Observación 9</i>	Familia 9	Esposo	Achuapa (León)	Su mujer emigró para ahorrar dinero con el que construir una casa. Él cuida de su familia. Me muestra el coche que han podido comprar para ir a trabajar al campo y la renovación de la fachada de la casa, tal y como se aprecia en la <i>Figura 8.5</i> .
<i>Observación 10</i>	Familia 10	Hija	Achuapa (León)	Nos enseña el baño nuevo que han puesto en el corral con el dinero de las remesas. Es un baño completo, con bañera.
<i>Observación 11</i>	Familia 11	Madre	Chinandega	Su hija está escribiendo unos <i>WhatsApps</i> cuando llegamos nosotras y aprovechamos para saludarla. Se muestra muy amable e indica a su madre que nos dé su contacto para vernos en Zaragoza.
<i>Observación 12</i>	Familia 12	Madre	Chinandega	Al llegar está dando de comer a un bebé. Es uno de los niños a los que cuida.
<i>Observación 13</i>	Familia 13	Hermana	Chinandega	Nos muestra el armario de ropa en el que guarda la ropa de todos los niños a los que cuida. Dice que cuando algo le queda pequeño a uno, se lo pasa al siguiente.
<i>Observación 14</i>	Familia 14	Hermana	Chinandega	Mantienen poco contacto porque su hermana lleva años trabajando en diferentes países.
<i>Observación 15</i>	Familia 15	Prima	Chinandega	Nos enseña la nevera nueva que ha comprado que tiene congelador (antes no tenían nevera con congelador). Nos muestra el cuarto de los niños, en

			los que han puesto literas para que entren los hijos de su prima.	
<i>Observación 16</i>	Familia 16	Cuñada	Chinandega	Cuando llegamos está preparando cena para todos los niños que van a volver de colegio en un rato. En total, está preparando 6 platos de gallopinto.
<i>Observación 17</i>	Familia 17	Madre	Chinandega	Están planeando hacer un segundo piso en la casa, para que cuando vuelva su hija, se pueda instalar ahí. Han llamado a un constructor y les han dado un plano que me muestra. La distribución de este nuevo espacio sería de 20 m2, un solo espacio, que serviría de dormitorio.
<i>Observación 18</i>	Familia 18	Madre	El Viejo (Chinandega)	La madre todavía vive como muy reciente la marcha de su hija. En el momento de comenzar la entrevista, su nieta estaba haciendo los deberes. La niña interviene en algún momento de la entrevista para comentar alguna anécdota de su madre.
<i>Observación 19</i>	Familia 19	Hija	El Viejo (Chinandega)	Nos enseña el botiquín con todos los medicamentos que necesitan sus abuelos. Hay dos cajas de zapatos enteras llenas de distintas pastillas y material para hacer curas.
<i>Observación 20</i>	Familia 20	Hermana	El Viejo (Chinandega)	Nos enseña el corral y los últimos animales que han podido comprar con el dinero de las remesas. Son unas gallinas y un pelibuey.
<i>Observación 21</i>	Descartada	Hermano	León.	Se descarta porque el informante no conoce o no quiere responder a la mayoría de las preguntas. La observación de la casa permite comprobar que han remodelado el suelo del hogar, gracias a las remesas que nos cuenta que recibe la familia.
<i>Observación 22</i>	Descartada	Prima	León	Se descarta porque no tiene mucha relación con la mujer emigrada desde que emigró y no puede aportar toda la información. Sin embargo, nos muestra la casa en la que vivía su prima y nos cuenta cómo la está reformando. Se aprecia que está cambiando el tejado y que ha puesto unas cristalerías en las ventanas.
<i>Observación 23</i>	Descartada	Tía	Achuapa (León)	Se descarta porque no tiene mucha relación con la mujer emigrada. Sin embargo, nos enseña la casa en la que vive la familia de su sobrina. La familia ha plantado algunos árboles que dan fruta y han montado un corral con animales.
<i>Observación 24</i>	Descartada	Abuela	Chinandega	Se descarta porque la marcha de la nieta ha sido muy reciente y la abuela, emocionalmente, no puede aportar mucha información. Se observa que el proceso de separación ha sido muy duro, pues ella ha criado a su nieta desde muy pequeña. Nos cuenta que se ha ido hace 5 meses a buscar un futuro laboral y que está siendo muy duro para ambas. Se detiene la entrevista.
<i>Observación 25</i>	Descartada	Cuñada	Chinandega	Se descarta porque no conoce la respuesta de la mayoría de las preguntas. Sin embargo, nos muestra el terreno que acaba de comprar su cuñada, en el que construirán su nueva casa.

Fuente: elaboración propia.

