

Calidad de vida de trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras en España



Andreu Bover^{a,*}, Joana Maria Taltavull^b, Denise Gastaldo^c, Raquel Luengo^d, María Dolores Izquierdo^e, Clara Juando-Prats^f, Amaia Sáenz de Ormijana^g y Juana Robledo^h

^a Grupo de Investigación Crítica en Salud (GICS), Departament d'Infermeria i Fisioteràpia, Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España

^b Centro de Salud Platja de Palma, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Palma de Mallorca, España

^c Grupo de Investigación Crítica en Salud (GICS), Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, Canadá

^d Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^e Atención Primaria de Salud, Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España

^f Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, and Applied Health Research Centre (AHRC), Keenan Research Centre, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Toronto, Canadá

^g Unidad de Neurología, Hospital Txagorritxu, Álava, España

^h Centro de Salud de Navalperal, Atención Primaria, Ávila, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de abril de 2014

Aceptado el 22 de septiembre de 2014

On-line el 28 de noviembre de 2014

Palabras clave:

Calidad de vida

Inmigrantes

Trabajo

Cuidadores

Mujeres

Determinantes sociales de la salud

RESUMEN

Objetivo: Describir la calidad de vida percibida en trabajadoras latinoamericanas como cuidadoras en España y sus diferencias en relación a ciertas variables que les son comunes.

Métodos: Se utilizó el cuestionario SF-36 para la medición de la calidad de vida percibida en 517 mujeres de Baleares, Cataluña, País Vasco, Canarias y Madrid. Se estudiaron diversas variables relacionadas con su perfil sociodemográfico y proceso migratorio, usando la prueba t de Student, el test ANOVA y modelos de regresión lineal.

Resultados: Obtuvieron muy bajas puntuaciones en las dimensiones de rol físico y rol emocional. El trabajo como interna, la falta de contrato, las múltiples tareas, el estatus irregular y la edad más joven se relacionaron con una peor calidad de vida dentro del grupo.

Conclusiones: Las condiciones laborales y los factores ligados al proceso migratorio son determinantes para explicar la vulnerabilidad de estas mujeres.

© 2014 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Quality of life in Latin American immigrant caregivers in Spain

ABSTRACT

Objective: To describe perceived quality of life in Latin American caregivers working in Spain and how it varies in relation to certain variables shared by this group.

Methods: We used the SF-36 to measure perceived quality of life in 517 women residing in five Spanish regions: the Balearic Islands, Catalonia, the Basque Country, the Canary Islands, and Madrid. Several variables related to the socio-demographic profile and migration process were studied using Student's t test, ANOVA and linear regression models.

Results: The participants scored very low on the dimensions of physical and emotional roles. The factors associated with lower quality of life scores within the group were working as a live-in caregiver, lack of contract, multitasking, irregular status, and younger age.

Conclusions: The vulnerability of these women can be explained by poor working conditions and other factors related to the migratory process.

© 2014 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En España, el registro de mujeres inmigrantes cotizantes a la Seguridad Social aumentó un 498% de 1999 a 2007¹, aunque su número puede ser mayor por el tipo de ocupaciones a las que

acceden y las posibles situaciones irregulares que las convierten en un colectivo invisibilizado². La crisis en el cuidado familiar ha supuesto un aumento de la demanda de ayuda asistencial en los hogares, siendo el empleo como cuidadora y servicio doméstico una de las pocas ocupaciones disponibles para muchas mujeres inmigrantes².

Trabajar como cuidadora inmigrante supone una gran vulnerabilidad por su género, etnia y situación legal, y por ocupar posiciones en renta, tipo de ocupación y estudios reconocidas como

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andreu.bover@uib.es (A. Bover).

las más bajas en la escala social^{3,4}. A estos factores estructurales hay que sumar los riesgos derivados del proceso migratorio, como son viviendas no saludables, malas condiciones laborales, débiles redes sociales y dificultad de acceso a servicios sociales y de salud, entre otros, que actúan también como determinantes de su salud^{2,3}.

El objetivo de este estudio es describir la calidad de vida percibida y su relación con ciertos determinantes sociales, de posición social y derivados del proceso migratorio, comunes en mujeres inmigrantes latinoamericanas que trabajan como cuidadoras en España.

Método

Estudio descriptivo transversal que explora la calidad de vida percibida por mujeres inmigrantes latinas residentes más de 1 año en Baleares, Cataluña, País Vasco, Madrid y Canarias, que trabajaron al menos 6 meses como cuidadoras en domicilio. El proyecto fue aprobado por el comité ético correspondiente y desarrollado entre los años 2005 y 2009.

Para calcular la muestra, y debido a la ausencia de datos precisos sobre el volumen real de la población estudiada, se utilizó

como tamaño poblacional una estimación al alza y por aproximación a partir de la información recogida por el Instituto Nacional de Estadística en 2003. Con una población estimada de 135.600 mujeres latinoamericanas en las regiones estudiadas y una desviación estándar esperada de 22,8, la muestra se calculó en n=498, con una precisión relativa del 2% y un intervalo de confianza del 95%. Esta desviación se obtuvo de un estudio de calidad de vida en población general española⁵ en la dimensión de salud general del SF-36, que sin ser esta la de mayor desviación, se eligió al considerar el colectivo estudiado más homogéneo que el global de las mujeres españolas. A falta de censos suficientemente representativos del colectivo estudiado, y con el fin de captar el máximo de población incluyendo el mínimo estimado, se seleccionaron los casos aparecidos durante la recogida de datos en colaboración con entidades relacionadas con inmigrantes (asociaciones, centros comunitarios e instituciones).

Las variables estudiadas fueron la edad, el estado civil, el nivel de estudios, la visibilidad racial autopercibida, la presencia de red social, el tipo de convivencia y la vivienda, el motivo de migración, el país de origen, el estatus de residencia, la experiencia y la formación previa como cuidadora, el tiempo trabajado como

Tabla 1
Características generales de la muestra estudiada de mujeres inmigrantes latinoamericanas trabajadoras como cuidadoras (N = 517)

Variables		N (%)	
Sociodemográficas	Edad	19-29 años	141 (28,3)
		30-39 años	144 (28,9)
		40-49 años	155 (31,1)
		> 50 años	58 (11,7)
	Estado civil	Soltera/Viuda	227 (43,9)
		En pareja	214 (41,4)
		Separada	76 (14,7)
	Nivel de Estudios	Sin estudios	55 (10,6)
		Primer grado	90 (17,4)
		Segundo grado	287 (55,5)
Tercer grado		85 (16,5)	
Visibilidad racial*	Si	203 (42,5)	
Red social en España*	Si	473 (92,4)	
Convive con amigos/familia*	Si	365 (70,6)	
Tipo de vivienda	Piso alquilado o propio	226 (44,1)	
	Piso compartido o habitación	163 (31,7)	
	Interna	124 (24,2)	
Motivo de emigrar a España	Económico	440 (85,7)	
	Agrupación familiar	33 (6,4)	
	Otros	40 (7,9)	
País de origen	Bolivia	222 (43,9)	
	Ecuador	93 (18,4)	
	Otros	191 (37,7)	
Estatus de residencia	Nacionalidad española	19 (3,7)	
	Permiso de residencia	278 (54,1)	
	No regulada	208 (40,4)	
	Otros	9 (1,8)	
	Experiencia previa*	Si	270 (52,2)
Formación previa*	Si	136 (26,3)	
Tiempo trabajado en España	De < 1 a 3 años	335 (65)	
	De 3 a 6 años	181 (35)	
Sin contrato o asegurada*	Si	303 (65,7)	
Actividades laborales	Tareas domésticas y cuidados	422 (81,9)	
	Sólo Cuidados	93 (18,1)	
	Régimen horario	Interna	196 (38,2)
	Jornada completa	157 (30,6)	
	Por horas	143 (27,9)	
	Otros	17 (3,3)	

* En las variables dicotómicas sólo se ha señalado la categoría más relevante.

Tabla 2
Distribución de las puntuaciones en las diferentes dimensiones del SF-36 (N=517) y en las variables destacadas del estudio

	Función física Media (DE)	Rol físico Media (DE)	Dolor corporal Media (DE)	Salud general Media (DE)	Vitalidad Media (DE)	Función social Media (DE)	Rol emocional Media (DE)	Salud mental Media (DE)
<i>Puntuaciones SF-36</i>	84,3 (19,3)	17,7 (8,8)	70,5 (23,6)	62,2 (22,1)	61,9 (23,4)	68,7 (23,4)	16,7 (9,3)	60,1 (20,3)
<i>Edad</i>								
19-29 años	82,9 (22,1)	16,7 (9,1)	72,3 (23,9)	62,4 (18,8)	61,1 (20,9)	66,7 (22,5)	15,6 (9,4)	59,3 (20,2)
30-39 años	86,9 (18,8)	17,9 (8,9)	73,1 (23,2)	61,6 (22,6)	60,7 (22,7)	68,2 (23,8)	16,6 (9,5)	58,6 (19,8)
40-49 años	83,1 (17,9)	17,5 (8,3)	67,1 (23,1)	62,5 (22,3)	62,7 (25,0)	69,7 (23,3)	17,3 (8,9)	60,5 (19,3)
≥50 años	85,9 (12,7)	18,7 (7,9)	71,3 (25,0)	64,2 (26,5)	66,7 (25,2)	71,9 (26,0)	20,0 (7,5)	65,6 (23,8)
<i>Estatus residencia</i>								
Nacionalidad española	78,4 (20,4)	18,1 (8,8)	67,4 (23,9)	59,7 (23,4)	70,4 (24,8)	62,5 (31,4)	16,2 (9,7)	65,0 (25,0)
Permiso de residencia	84,5 (19,4)	17,2 (8,9)	70,3 (23,9)	62,6 (22,7)	62,5 (24,0)	70,1 (24,1)	16,9 (9,4)	61,3 (20,6)
No regulada	84,6 (18,9)	17,4 (8,6)	70,1 (23,2)	60,9 (21,3)	59,7 (22,2)	66,6 (21,4)	16,2 (9,3)	58,0 (19,4)
Otros	84,1 (21,4)	17,2 (9,3)	87,0 (17,6)	75,4 (17,6)	74,8 (18,8)	83,3 (17,1)	21,5 (5,6)	55,4 (21,2)
<i>Contrato laboral</i>								
No	83,5 (19,7)	16,6 (8,9)	70,1 (24,3)	60,6 (22,5)	60,1 (23,8)	64,9 (23,0)	15,8 (9,2)	57,6 (20,2)
Sí	86,3 (17,6)	18,6 (8,4)	71,5 (23,5)	66,9 (21,4)	66,6 (21,7)	75,5 (22,9)	18,1 (8,9)	65,1 (19,2)
<i>Cómo trabaja</i>								
Interna	81,4 (20,9)	15,7 (9,4)	65,9 (23,7)	57,1 (23,4)	56,6 (25,3)	63,9 (23,5)	15,5 (9,7)	55,7 (20,9)
No interna	86,1 (18,1)	18,4 (8,2)	73,4 (23,1)	65,4 (20,8)	65,4 (21,5)	71,8 (22,7)	17,5 (8,8)	62,7 (19,5)
<i>Actividad</i>								
Cuidados	82,5 (23,6)	18,3 (8,6)	74,1 (24,5)	67,8 (23,2)	66,1 (22,6)	72,5 (22,4)	18,5 (8,5)	61,7 (21,4)
Cuidados y tareas domésticas	84,7 (18,2)	17,1 (8,8)	69,7 (23,3)	60,9 (21,7)	61,0 (23,4)	67,8 (23,5)	16,3 (9,4)	59,7 (20,1)

Se han marcado en *cursiva* las variables en que existen diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$). Estas relaciones están justadas por el resto de las variables mediante modelos de regresión lineal.

cuidadora en España, el tipo de contratación, las actividades laborales desarrolladas y el régimen horario (tabla 1).

Se recogió la calidad de vida percibida describiendo cada uno de los ítems de las ocho dimensiones de la salud que recoge el cuestionario validado SF-36⁶. Para analizar los datos se compararon las medias de las diferentes variables aplicando las pruebas *t* de Student y ANOVA, considerando en cada caso como variable dependiente la puntuación obtenida en cada dimensión del SF-36. Estas comparaciones se ajustaron para el resto de las variables mediante modelos de regresión lineal.

Resultados

De las características generales de la muestra final, de 517 mujeres (tabla 1), destacaríamos que un 42,5% se identificaron como racialmente diferentes a la población autóctona y un 40,5% indicaron residencia irregular en España. Cabe señalar que un 65,7% carecían de contrato laboral y un 81,9%, además de cuidar de niños o ancianos, o de ambos, se encargaban de tareas domésticas. Respecto a su red social y familiar, el 58,6% estaban sin pareja y un 74,9% tenían hijos, aunque sólo un 25,3% vivían con ellos en España.

Las mujeres estudiadas presentaron en casi todas las dimensiones de la salud del cuestionario medianas superiores a 60, excepto en los roles físico y emocional, en los que se concentran valores muy bajos. En relación a las variables estudiadas que mostraron valores

estadísticamente significativos, se diferencian dentro del grupo bajas puntuaciones en las mujeres con régimen de trabajo interno y sin ningún tipo de contrato. Las mujeres en situación irregular obtienen las peores puntuaciones en la dimensión de vitalidad, y las más jóvenes son las que presentan peores puntuaciones en rol emocional. Finalmente, si combinan el cuidar con tareas domésticas presentan las peores puntuaciones en estado de salud general (tabla 2). Estas asociaciones no se modificaron al ajustarse por el resto de las variables mediante modelos multivariados de regresión lineal.

Discusión

Las participantes expresan un impacto negativo en su salud debido a problemas físicos y emocionales que dificultan su trabajo, aunque señalan una excelente capacidad y vigor para realizar actividades físicas y sociales. Esta cierta contradicción podría explicarse debido a que los inmigrantes económicos, ante la necesidad de mantener su trabajo, se resisten a manifestar fragilidad y a buscar atención oportuna en los sistemas sanitarios, lo que contribuye a una rápida disminución de su nivel de salud a corto plazo⁷. Son las mujeres inmigrantes con trabajos no cualificados en el ámbito doméstico las que presentan mayor vulnerabilidad en salud^{2,8,9}.

La peor salud subjetiva dentro del grupo estudiado se observa en las mujeres internas, seguidas de las que no disponen de contrato o acumulan múltiples tareas domésticas y de cuidado. Las

mujeres inmigrantes perciben su salud significativamente peor según sus condiciones laborales, sin contrato o temporales¹⁰, y por el trabajo como cuidadora³. Además, en España, sus pobres condiciones laborales se ven agravadas por una falta de regulación en el sector del servicio doméstico y de cuidados, más aún si son mujeres inmigrantes en situación irregular^{2,8,11}. También presentan una peor salud subjetiva las mujeres más jóvenes que manifiestan más problemas emocionales, así como las que están en situación irregular, que perciben una mayor fatiga. La frágil salud mental de las participantes jóvenes podría atribuirse al impacto que ha demostrado el contraste entre las expectativas y la realidad encontrada en el caso de las inmigrantes latinas^{12,13}. Igualmente se confirma que una situación legal irregular es un factor generador de vulnerabilidad para las mujeres inmigrantes, tanto en España¹⁴ como en otros contextos¹⁵.

Considerar la migración como un potente determinante social de la salud⁷ hace que los hallazgos del estudio, aunque presenten ciertas limitaciones propias de investigaciones con población inmigrante por la falta de registros que dificulta la obtención de la muestra, señalen la necesidad de monitorizar las condiciones de salud de los grupos más vulnerables, como son las trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras; y más aún teniendo en cuenta los cambios socioeconómicos y políticos de restricción de acceso a los recursos sociosanitarios y al mundo laboral acaecidos en España desde la recogida de los datos del estudio, que afectan cada vez más a una mayor población. Deberían potenciarse políticas migratorias y de salud con estrategias multisectoriales, desde un enfoque de género, que refuercen programas específicos para apoyar y empoderar a las mujeres recién llegadas o en situación irregular, y especialmente aquellos destinados a mejorar sus condiciones laborales posibilitando la reducción de las inequidades en salud.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Las mujeres inmigrantes trabajadoras como cuidadoras muestran una gran invisibilidad y discriminación social. Se desconoce cómo afecta esto a su salud y el grado de vulnerabilidad que supone la acumulación de ciertos factores sociales y condiciones de vida que les son comunes.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las trabajadoras latinoamericanas como cuidadoras presentan una peor calidad de vida cuando trabajan como internas, sin contrato, con múltiples tareas, son jóvenes y están en situación irregular.

Editora responsable del artículo

Glòria Pérez.

Declaraciones de autoría

A. Bover es el responsable del estudio y el investigador principal que concibió, diseñó y coordinó el trabajo; redactó la introducción, los resultados, la discusión y la bibliografía; revisó todo el

documento e incorporó y adaptó las aportaciones de los diferentes autores; discutió con J.M. Taltavull el análisis de datos y sus resultados, quien organizó y redactó el apartado de metodología y las tablas correspondientes. D. Gastaldo realizó la versión inglesa del resumen. R. Luengo y J. Robledo revisaron la adecuación de la bibliografía y palabras claves utilizadas. M.D. Izquierdo, C. Juandó y A. Sáenz de Ormijana participaron en la redacción del apartado de introducción. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del artículo.

Financiación

Proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo (PI051503), y con el soporte de la Universitat de les Illes Balears.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A las mujeres inmigrantes por su generosa participación. A las asociaciones de inmigrantes de las Islas Baleares (FAIB), País Vasco (Prestaturik) y Canarias (Fundación Ataretaco), así como a la Comunidad de Religiosas del Colegio “María Inmaculada” de Madrid, y a todas las personas que han contribuido en la captación de participantes.

Bibliografía

- Castelló L. La mercantilización y mundialización del trabajo reproductivo. El caso español. *Revista de Economía Crítica*. 2009;7:74–94.
- Ahonen EQ, López-Jacob MJ, Vázquez ML, et al. Invisible work, unseen hazards: the health of women immigrant household service workers in Spain. *Am J Ind Med*. 2010;53:405–16.
- Casado-Mejía R, Ruiz-Arias E, Solano-Parés A. El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. *Gac Sanit*. 2012;26:547–53.
- Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med*. 2010;71:1610–9.
- Alonso J, Regidor E, Barrio G, et al. Valores poblacionales de referencia en la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:410–6.
- Vilagut G, Ferrera M, Rajmil L, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19:135–50.
- Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijk, B. Migration and health in the European Union. New York: McGraw-Hill International; 211. 261 p.
- Font A, Moncada S, Llorens C, et al. Psychosocial factor exposures in the workplace: differences between immigrants and Spaniards. *Eur J Public Health*. 2011;22:688–93.
- Malhotra R, Arambepola Ch, Tarum S, et al. Health issues of female foreign domestic workers: a systematic review of the scientific and gray literature. *Int J Occup Environ Health*. 2013;19:261–77.
- Porthé V, Benavides FG, Vázquez ML, et al. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. *Gac Sanit*. 2009;23:107–14.
- Benach J, Muntaner C, Delclos C, et al. Migration and low-skilled workers in destination countries. *PLoS Med*. 2011;8:e1001043.
- Elgorriaga E, Arnoso A, Martínez-Taboada C, et al. Proceso migratorio y ajuste psicológico de las mujeres latinoamericanas y magrebíes: un análisis desde la perspectiva de género. *Migraciones*. 2012;31:125–54.
- García-Gómez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud de población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit*. 2009;23 (Supl 3):38–46.
- Sousa E, Agudelo-Suárez A, Benavides FG, et al. Immigration, work and health in Spain: the influence of legal status and employment contract on reported health indicators. *Int J Public Health*. 2010;55:443–51.
- Rajman R, Chammah-Gesser S, Kemp A. International migration, domestic work, and care work. Undocumented Latina migrants in Israel. *Gend Soc*. 2003;17:727–49.