

Mujeres inmigrantes en la ciudad de Madrid: algunos aspectos sobre su inserción laboral, conciliación familiar y salud

Beatriz Cristina JIMÉNEZ BLASCO

bcjimene@ghis.ucm.es

Ángela REDONDO GONZÁLEZ

aredondo@ghis.ucm.es

Departamento de Geografía Humana. Universidad Complutense de Madrid.

Recibido: 15/2/2007

Aceptado: 23/5/2007

RESUMEN

En este artículo se analizan las características sociodemográficas, laborales y de salud de las mujeres inmigrantes en la Ciudad de Madrid. Además de la descripción de este colectivo a partir de las fuentes de datos existentes, se realiza una encuesta que proporciona otro tipo de información de interés geográfico y que no siempre las fuentes oficiales ofrecen. El foco de interés son las principales ocupaciones que estas mujeres encuentran en Madrid, las carencias que tienen para conciliar el cuidado de los hijos con el trabajo, así como los problemas de salud más recurrentes.

Palabras Clave: Inmigración y Mujer. Nichos laborales. Conciliación de la vida familiar. Salud.

Immigrant women in the city of Madrid:
some aspects of its labor insertion, familiar conciliation and health

ABSTRACT

In this article we study social and demographic characteristics of the immigrant women in the Town of Madrid. In addition to the description of this group through the sources of existing data, a survey is made that provides another type of information of geographic interest and that not always the official sources offer. The interest centre is the main occupations that these women find in Madrid, the problems to conciliate the care of the children with the work, as well as the more recurrent problems of health.

Key words: Immigration and Woman. work market. Conciliation of the familiar life. Health

Femmes immigrantes dans la ville de Madrid:
quelques aspects sur son insertion de travail, conciliation familiale et santé

RÉSUMÉ

Dans cet article on analyse les caractéristiques sociodémographiques, de travail et de santé des femmes immigrantes dans la Ville de Madrid. Outre la description de ce groupe à partir des données existantes, on

effectue une enquête qui fournit un autre type d'information d'intérêt géographique et que toujours les sources officielles n'offrent pas. Le foyer d'intérêt sont les principales occupations que ces femmes trouvent à Madrid, les manques qu'elles ont pour concilier les soins des fils avec le travail, ainsi que les problèmes de santé les plus récurrents.

Mots clés: Immigration et femme. marché de travail. Conciliation de la vie familiale. Santé

INTRODUCCIÓN

Uno de los rasgos más característicos de los actuales movimientos migratorios desde los países pobres hacia los países ricos es la aparición y desarrollo de corrientes migratorias feminizadas. Así muchas mujeres se han convertido en las protagonistas de los procesos migratorios, abandonando solas sus países de origen para insertarse en el mercado laboral en diferentes destinos e iniciar una nueva vida.

Las mujeres emprenden la marcha de sus países de origen tratando de encontrar una mejora en las condiciones de vida de sus familias y de ellas mismas, lo que determina el incremento de flujos migratorios feminizados en los países occidentales. Sallé (2006) afirma: "Ellas han sido las que comenzaron la cadena migratoria, inicialmente con un proyecto de ida y vuelta bajo el brazo, que en la mayor parte de las ocasiones se abandona. Muchas de estas mujeres viven solas, sin sus familias, o se han separado".

Algunos autores sostienen que ello se debe a que las penurias económicas, las catástrofes naturales o políticas, el nivel de desempleo, las reformas económicas estructurales y la falta de oportunidades afectan en mayor medida a las mujeres que ven en la emigración una salida a su situación (Cabo, 2005) Nosotros creemos que, aunque estas afirmaciones son por lo general ciertas, otros factores intervienen en mayor medida como causa de los movimientos migratorios femeninos. Uno de estos factores es la mayor facilidad que tienen las mujeres de encontrar un trabajo en el mercado laboral informal, preferentemente en el servicio doméstico y el cuidado de ancianos y niños. Los varones por el contrario buscan empleo en sectores productivos donde la contratación irregular es más difícil, principalmente en la construcción y la industria.

En el momento actual el constante aumento del sector de los servicios personales de las grandes ciudades occidentales favorece el desarrollo de corrientes migratorias feminizadas. Por lo tanto las mujeres inician en muchos casos un proceso migratorio que si resulta satisfactorio acaba por arrastrar a más miembros de la familia, incluyendo también a los varones.

En este artículo pretendemos ahondar en el estudio de las características laborales, familiares y de salud de las mujeres inmigrantes que viven y trabajan en el municipio madrileño. Para ello se han consultado distintas fuentes estadísticas e informes de determinados organismos, especialmente para el tema de la salud de las mujeres extranjeras empadronadas en Madrid. También se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema, centrándonos en los recientes trabajos sobre mujeres inmigrantes en Madrid. Y finalmente se ha llevado a cabo una encuesta propia efectuada a doscientas mujeres inmigrantes para profundizar en algunos aspectos que las fuentes estadísticas no suministran. Asimismo, las autoras han utilizado información obtenida a través de entrevistas en profundidad a mujeres inmi-

grantes realizadas en trabajos anteriores (G^a Ballesteros, Jiménez Blasco, Redondo Gonzáles et alia, 2006):

El tamaño muestral (doscientos individuos seleccionados) de la citada encuesta permite estimar proporciones con un intervalo de confianza del 95% y un error máximo admisible del 6%, según las tablas de Tagliacarne. La encuesta ha sido llevada a cabo personalmente por las autoras de este trabajo, acudiendo para seleccionar los elementos muestrales a lugares de trabajo y de reunión de mujeres inmigrantes de las principales nacionalidades presentes en Madrid. Se ha intentado seguir rutas que cubrieran todos los distritos de la capital e incluir en la muestra mujeres procedentes de todos los continentes, como se muestra más adelante en el cuadro nº 3.

El cuestionario diseñado se centró fundamentalmente con preguntas sobre el perfil laboral, las características sociodemográficas y los problemas de conciliación con la vida familiar de las mujeres inmigrantes. Otras muchas cuestiones habrían resultado ser de gran interés, pero desbordarían los objetivos de este artículo y su mayor longitud hubiera desanimado mucho la colaboración de las mujeres seleccionadas, tal como se advirtió en el muestreo piloto que realizamos a veinticinco mujeres.

LAS MUJERES INMIGRANTES EN LA CIUDAD DE MADRID.

Madrid es la segunda comunidad autónoma en la recepción de inmigrantes tras la catalana. Como se puede observar en el Cuadro nº 1, el porcentaje de mujeres extranjeras en la Comunidad de Madrid es de un 49,72%, algo mayor que el registrado para el conjunto español (46,6%), pero dentro de la Ciudad de Madrid la feminización es aún mayor, pues el porcentaje de mujeres sobre el total de extranjeros según la explotación de dicho padrón alcanza el 51%.

Por supuesto no todas las nacionalidades tienen las mismas tasas de masculinidad, particularmente las latinoamericanas son las que presentan una mayor feminización, hecho que cualquiera puede constatar en nuestra ciudad ante la fuerte presencia de mujeres latinoamericanas en el sector servicios. No obstante en el Cuadro nº 2 se exponen las tasas de masculinidad de los inmigrantes cuyos países de origen son más frecuentes en Madrid.

De todos los países latinoamericanos que aparecen en la tabla llega menos población masculina que femenina. Del resto de países sucede al revés, aunque algunos cuentan con una situación muy equilibrada por sexos como los países de Europa del Este, tal como se ve en el caso de Rumania. Otras nacionalidades también muy presentes en Madrid como la marroquí o la china si muestran una tasa de masculinidad relativamente alta, pero sin duda inferior a la de sus emigrantes en épocas pasadas.

En la muestra de mujeres encuestadas se totalizan hasta treinta y un países de origen diferentes, lo que da idea de la amplitud de los lugares de procedencia entre los inmigrantes que viven en Madrid. En el cuadro nº 3 incluimos los porcentajes de mujeres encuestadas, no por países, lo cual resultaría prolijo, sino por conjuntos regionales mundiales que muestran una cierta homogeneidad en cuanto al perfil de sus mujeres emigrantes.

Como puede observarse hay una clara mayoría de mujeres latinoamericanas. En ello influye el hecho de que realmente los países latinoamericanos son los que más inmigran-

Cuadro 1. Extranjeros por Comunidad Autónoma. Número absoluto, porcentaje y proporción de mujeres

| Comunidades autónomas | Número de inmigrantes | Porcentaje sobre el total | Porcentaje de mujeres |
|------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Andalucía | 420.207 | 11,26 | 45,92 |
| Aragón | 96.848 | 2,60 | 43,78 |
| Asturias, Principado de | 26.797 | 0,72 | 54,08 |
| Baleares | 156.270 | 4,19 | 48,33 |
| Canarias | 222.260 | 5,96 | 48,05 |
| Cantabria | 20.547 | 0,55 | 50,95 |
| Castilla y León | 91.318 | 2,45 | 49,02 |
| Castilla-La Mancha | 115.223 | 3,09 | 43,48 |
| Cataluña | 798.904 | 21,41 | 44,61 |
| Comunidad Valenciana | 581.985 | 15,60 | 46,19 |
| Extremadura | 25.341 | 0,68 | 44,16 |
| Galicia | 69.363 | 1,86 | 52,16 |
| Madrid (Comunidad de) | 780.752 | 20,93 | 49,72 |
| Murcia (Región de) | 165.016 | 4,42 | 39,80 |
| Navarra (Comunidad Foral de) | 49.882 | 1,34 | 45,89 |
| País Vasco | 72.894 | 1,95 | 48,72 |
| Rioja (La) | 31.075 | 0,83 | 42,14 |
| Ceuta | 3.037 | 0,08 | 49,75 |
| Melilla | 2.891 | 0,08 | 54,44 |
| Total | 3.730.610 | 100,00 | 46,60 |

Fuente. INE. Explotación del Padrón del año 2005 y elaboración propia.

tes aportan a nuestra ciudad (56,03% del total de mujeres extranjeras que residen en la Ciudad de Madrid), pero también se debe a que la facilidad de hablar el mismo idioma y una mayor afinidad cultural propicia su colaboración en la contestación de encuestas, al contrario que las mujeres de otras procedencias, como por ejemplo las chinas o subsaharianas.

Las mujeres encuestadas viven todas en el municipio de Madrid, siendo los distritos más señalados Centro (26%), Tetuán (24%), Latina (22%), Chamberí (18%), Chamartín (16%) y Villaverde (11%) Distritos que en parte coinciden con los preferidos de los

Cuadro 2. Tasas de masculinidad de los principales colectivos de inmigrantes en la ciudad de Madrid. (1 de enero de 2006)

| País de nacionalidad | Tasa de masculinidad |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Ecuador | 87.97 |
| Colombia | 83.21 |
| Rumania | 101.95 |
| Perú | 91.86 |
| Marruecos | 158.20 |
| Bolivia | 75.57 |
| China | 121.69 |
| República Dominicana | 77.08 |

Fuente. Patrón municipal. Ayuntamiento de Madrid.

Cuadro 3. Procedencia de las mujeres encuestadas

| Procedencia | Porcentajes |
|---------------------|--------------------|
| Latinoamérica | 69 |
| Europa del Este | 13 |
| Asia | 9 |
| África Subsahariana | 5 |
| África del Norte | 4 |

Fuente. Encuesta. Elaboración propia.

inmigrantes en general (Jiménez y Redondo, 2006) No obstante en la muestra no hay ningún distrito que no haya sido incluido, lo que indica la presencia de inmigración en todo el ámbito municipal. Además cabe destacar que no hay tampoco una clara preferencia por alguna zona de la ciudad, ya que entre los distritos más citados unos pertenecen a la llamada “Almendra Central” y otros son periféricos, ubicados en diferentes sectores urbanos.

Con respecto al tiempo que llevan residiendo en nuestra ciudad, el 60% de las encuestadas llevaba menos de seis años, por el contrario casi un 21% es decir algo más de la quinta parte superaba los diez años de residencia en Madrid y el 6% superaba los quince años. Existe por tanto una corriente migratoria femenina que lleva produciéndose desde hace dos décadas y que no se ha ralentizado, sino todo lo contrario. Esto nos explica que la decisión de emigrar a Madrid ha sido para muchas mujeres una ida sin retorno en muchos casos porque consideran que sus países de origen siguen estando en

una situación muy mala, y en otros porque en Madrid han conseguido formar una familia o traer a sus hijos y maridos, explicando a menudo durante la conversación que Madrid es un buen lugar para trabajar y vivir.

La estructura por edades de las mujeres encuestadas denota lógicamente la juventud de este colectivo. La media de edad del colectivo encuestado ha sido concretamente de 34 años, registrándose mujeres con edades desde los dieciséis hasta los setenta y dos años. Precisamente la existencia de dos casos atípicos por encima de los setenta años provoca una cierta inflación en el valor de la media aritmética. Por esta razón creemos que las cifras de los cuartiles inferior y superior resultan más indicativas de la composición por edades de las mujeres inmigrantes. Así el cuartil inferior o percentil 25 se sitúa en los 27 años, mientras que el cuartil superior –percentil setenta y cinco- sólo alcanza el valor de 39 años. En consecuencia la mitad de las mujeres de edades más centradas se sitúan entre los 27 y los 39 años.

No obstante el cuadro nº 4 muestra de una forma más detallada la estructura por edades de este colectivo. El quinquenio más abultado es el que incluye las mujeres desde los veintiséis hasta los treinta años. Por otra parte la distribución de frecuencias muestra una clara asimetría con cola a la derecha, pues el tramo inmediatamente posterior al modal -de treinta y uno a treinta y cinco años- tiene un diez por ciento más de frecuencia que el tramo anterior, es decir el que incluye a las mujeres entre los veintiuno y los veinticinco años. Esta distribución nos lleva a pensar que el grueso de la inmigración femenina es joven, pero no excesivamente, en parte porque la encuesta la contestan más las mujeres con cierto arraigo en Madrid y no las recién llegadas y, posiblemente también, porque Madrid es un destino de inmigración con una relativa antigüedad en comparación con otros lugares de la España.

Cuadro 4. Edades de las mujeres encuestadas

| Edades | Porcentajes |
|-----------------|-------------|
| De 15 a 20 años | 2,5 |
| De 21 a 25 años | 15,5 |
| De 26 a 30 años | 27,5 |
| De 31 a 35 años | 25,5 |
| De 36 a 40 años | 6,5 |
| De 41 a 45 años | 10,0 |
| De 46 a 50 años | 6,5 |
| De 51 a 55 años | 3,0 |
| De 56 a 60 años | 0,5 |
| De 61 a 65 años | 1,5 |
| De 66 a 70 años | 0,0 |
| De 71 a 75 años | 1,0 |

Fuente: Muestra. Elaboración propia.

Cuadro 5. Estado civil de las mujeres encuestadas

| Estado civil | Porcentajes |
|---------------------|-------------|
| Casadas | 58,0 |
| Solteras | 27,0 |
| Separadas | 8,5 |
| Con pareja de hecho | 5,0 |
| Viudas | 1,5 |

Fuente: Muestra. Elaboración propia.

La estructura por estado civil de las mujeres de nuestra encuesta se dispone en el Cuadro nº 5.

Más de la mitad de las mujeres encuestadas (58%) están casadas y casi en un noventa y cinco por ciento con hombres de su misma nacionalidad. Las mujeres extranjeras casadas con españoles en nuestra muestra sólo suponen un 4% del total, cifra que puede ser algo menor que la real, pues según los últimos datos del INE para el año 2005 el número de matrimonios celebrados entre mujer extranjera y varón español alcanzó un 6,5% del total de matrimonios registrados en dicho año. Por otro lado nos interesaba saber cuántas de estas mujeres casadas estaban solas, mientras que sus maridos permanecían en los países de origen. Concretamente casi un 11% se encontraba en esta situación, pero eran muchas más las mujeres que declaraban haber estado un tiempo viviendo solas en Madrid hasta que sus maridos habían podido también venir a España. Por lo tanto se constata una cierta feminización en el proceso de muchas familias inmigrantes en Madrid, pues sus proyectos migratorios han sido iniciados por mujeres.

MUJERES EXTRANJERAS EN EL MERCADO LABORAL DE MADRID.

Según datos del Ministerio de Trabajo a 21 de marzo de 2006 hay 388.225 trabajadores extranjeros afiliados a la Seguridad Social, el 46,86 por ciento de los afiliados extranjeros son mujeres en la comunidad de Madrid, muy por encima de los porcentajes de otras regiones que apenas llegan al 37 por ciento en la tasa de afiliación femenina inmigrante.

En el Cuadro nº 6 se exponen los principales nichos laborales entre la muestra de mujeres encuestadas.

La ocupación laboral predominante entre las encuestadas es el servicio doméstico que da trabajo a casi una tercera parte del total. Ello es perfectamente lógico pues es el sector laboral que se nutre principalmente de mujeres y que ofrece muchos empleos en el mercado de trabajo irregular.

Por otra parte Madrid presenta una continua demanda de este tipo de puestos de trabajo, pues a medida que las mujeres se incorporan al mercado laboral es más requerido el servicio doméstico para la realización de las labores del hogar y el cuidado de niños y ancianos.

Cuadro 6. Nichos laborales de las mujeres encuestadas

| Ocupación | Porcentajes |
|-------------------------------|-------------|
| Servicio Doméstico | 32 |
| Hostelería | 22 |
| Comercio | 15 |
| Autónomos | 13 |
| Sus labores | 7 |
| Enseñanza | 3 |
| Sanidad | 3 |
| Limpieza de espacios públicos | 3 |
| Oficinas | 2 |
| Industria | 1 |

Fuente: Muestra. Elaboración propia.

La nueva demanda de empleadas de hogar que se observa hoy en día proviene de estratos sociales medios. Este recurso al servicio doméstico debe entenderse en el marco de la actual dinámica de reestructuración familiar y en el contexto de las transformaciones sociales que han afectado a la composición de la familia en las sociedades occidentales, a su organización, función social, al estilo de vida de los miembros del hogar y a sus usos del tiempo libre (García Ballesteros, 2005).

Las transformaciones de las estructuras familiares tradicionales conllevan la necesidad de recurrir a la esfera mercantil para la sustitución de aquellas actividades que tradicionalmente realizaban las mujeres en el núcleo familiar. Así se han creado una serie de empleos asalariados para cubrir las antaño llamadas tareas del hogar. La migración femenina hacia España de empleadas del hogar se enmarca en este proceso que se observa en los países occidentales de la contratación de terceras personas para realizar los trabajos más desvalorados socialmente (limpieza, cuidado de niños y ancianos, etc.)

Otro de los grandes nichos laborales para las mujeres inmigrantes es la hostelería. Los madrileños estamos acostumbrados a que una buena parte de los camareros y empleados de la hostelería en general sean inmigrantes especialmente procedentes de los países latinoamericanos, pues son los que mayor presencia tienen en la capital. Además es más habitual la contratación femenina porque muchos trabajos de la hostelería conllevan tareas de limpieza, preparación de alimentos, etc., en las que se prefiere a mujeres que a hombres. Un 22% de las mujeres encuestadas estaban ocupadas en este sector, en su mayoría como camareras, aunque también hay cocineras y empleadas en hoteles, con distintos cargos y funciones.

En tercer lugar, aparece el comercio como nicho de empleo para las mujeres inmigrantes, seguido bastante de cerca por las "Autónomas". Este último colectivo está conformado en su mayoría por mujeres que tienen, en este orden, peluquerías, comer-

cios y bares. De forma minoritaria encontramos otro tipo de negocios regentados por mujeres como son agencias de viajes, consultas de psicología, pequeños despachos de servicios jurídicos, etc. Sin embargo es prácticamente imposible encontrar mujeres inmigrantes que tengan empresas de construcción, industriales, o de servicios con personal contratado. En el caso de los hombres, si existen inmigrantes emprendedores con este tipo de negocios más complejos de dirigir (García Ballesteros y Sanz Berzal, 2004) Los negocios llevados por mujeres suelen ser de pequeño tamaño, sin empleados, es decir atendidos por ellas mismas, de fácil montaje y poca inversión inicial de capital.

Las últimas categorías expuestas en el cuadro nº 6 registran porcentajes bastante bajos. Encontramos un siete por ciento de mujeres que no trabajan fuera de casa y que contestan como ocupación "Sus labores". Ello indica que una parte de mujeres inmigrantes ha venido con sus familias no como trabajadoras, sino con una función tradicional. De todos modos este porcentaje también puede incluir a mujeres que ahora mismo están en el paro y se ven obligadas a cumplir sólo con las tareas del hogar, y también a mujeres que trabajan parte de su tiempo como asistentes y no lo quieren decir por variadas razones, como falta de "papeles", impago de las cuotas de Seguridad Social, etc.

Las mujeres inmigrantes tienen en una alta proporción una preparación e instrucción bastante mayor que la que requieren los trabajos que suelen ocupar. Así simplemente observando el cuadro nº 7 vemos que un 32% tiene estudios superiores y que sumado este porcentaje al de las que tienen estudios medios, un 78% de las mujeres inmigrantes cuenta en principio con una cualificación superior a la exigida para el servicio doméstico y la mayoría de los empleos ocupados por ellas en hostelería y comercio, los tres nichos laborales que principalmente (69%) acogen a las trabajadoras inmigrantes en Madrid.

Cuadro 7. Niveles de instrucción de las mujeres encuestadas

| Niveles de instrucción | Porcentajes |
|------------------------|-------------|
| Estudios primarios | 22 |
| Estudios medios | 46 |
| Estudios superiores | 32 |

Fuente: Muestra. Elaboración propia.

FAMILIA Y VIDA LABORAL

Uno de los objetivos de este artículo es el análisis del comportamiento de las mujeres inmigrantes con respecto a la natalidad. Teniendo en cuenta que en su mayoría son mujeres trabajadoras, queríamos hacer hincapié en averiguar cómo compaginaban éstas su trabajo con el cuidado de sus propios hijos y en general de sus hogares. Es curioso que el servicio doméstico, principal motor de la feminización de la inmigración, engrosado como resultado de las necesidades de las mujeres trabajadoras españolas, suscite a

su vez los mismos problemas de conciliación de vida laboral y familiar en otro colectivo, el de las mujeres inmigrantes, pues tales problemas aún siguen siendo mayoritariamente femeninos.

En la muestra de mujeres encuestadas el número medio de hijos alcanza la cifra de 1,4. Esta magnitud encubre una gran variabilidad de las situaciones. Por un lado un 24% de las mujeres contesta que no tiene hijos todavía, se trata en su gran mayoría de las chicas más jóvenes. El resto de los casos tiene entre uno y seis hijos, pero casi la mitad (49%) tiene uno o dos hijos. Sólo un 17% del total de mujeres encuestadas tiene tres o más hijos. Pero hay que tener en cuenta que en muchos casos son mujeres todavía jóvenes que aún no han completado su etapa fértil, por lo que pueden alcanzar cifras más altas en cuanto a su fecundidad.

Un dato interesante era saber qué proporción todavía tiene hijos menores de diez años, pues en estos casos el trabajo y el cuidado de los hijos entran en mayor conflicto. Un 52% del total manifestó tener hijos menores de diez años, es decir un 34% de las mujeres que son madres, porcentaje mucho mayor que el de las mujeres encuestadas que contestaron que su ocupación laboral era "Sus labores".

Por lo tanto encontramos que como mínimo un 27% de las mujeres inmigrantes puede tener serios problemas a la hora de compaginar el trabajo con el cuidado de hijos menores. Las preguntamos en el cuestionario cómo eran atendidos sus hijos menores mientras estaban trabajando. La mayoría, concretamente un 36%, señala que recurre a la ayuda de familiares; para un 29% el colegio es suficiente; un 8% contesta que lo hace ella misma, suelen ser las que no trabajan, aunque también hay algún caso de autónoma que puede sostener esta situación. Sólo una de las mujeres preguntadas acude a una guardería y el resto contesta con fórmulas mixtas, fundamentalmente "colegio-familia", pero también en algunos casos "colegio-vecina", lo que nos habla de la solidaridad entre mujeres que en investigaciones nuestras anteriores ya habíamos constatado.

Un dato que debemos tener en cuenta es que una parte de estas mujeres tiene sus familias en sus países de origen y en algunos casos, casi el diez por ciento, han dejado allí a hijos pequeños. Por tanto una parte de las que contestan que recurren a familiares no se refiere a familia en Madrid, sino en sus propios países.

A pesar de que la encuesta no revela que algunos niños puedan permanecer algún tiempo del día solos, un reciente estudio del Ayuntamiento (2005) señala que los hijos de inmigrantes menores de 7 años están al menos una hora diaria en soledad con la única compañía del televisor, tiempo que se duplica en los niños mayores de 12 años. Los problemas de soledad en la infancia conllevan una serie de riesgos físicos, psíquicos y sociales que no sólo les afectan a ellos y sus familias, sino a toda la sociedad.

CONDICIONES SANITARIAS DE LA POBLACIÓN FEMENINA INMIGRANTE

Tal como expuso R. Colasanti en el Congreso de Medicina y Emigración celebrado en Roma en 1990 *"la medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte"*. En el último estudio realizado por el Ayuntamiento de Madrid (2005) a través

de grupos de discusión y de entrevistas en profundidad quedaba patente que la salud es un valor esencial y básico, especialmente porque es un vehículo necesario e imprescindible para poder trabajar.

El concepto de salud lo articulan las diferentes culturas en relación con tres áreas:

- a) *mantenimiento del cuerpo*, todas las culturas dan importancia a la alimentación, de tal forma que cada cultura hace referencia a determinados alimentos de su país de origen; así en nuestro caso las latinas echan de menos el arroz y las arepas.
- b) *representación imaginaria de la enfermedad*, que en el caso de los latinos esta muy vinculada al cuerpo, dando especial importancia a la exploración física y a las pruebas complementarias y tecnológicas para conocer el diagnóstico de su enfermedad.
- c) *relación que se establece entre el cuerpo y su representación imaginaria de la enfermedad*, hace que los inmigrantes sigan una serie de normas o conductas en su vida personal y familiar.

Por todo ello es necesario tener en cuenta la importancia que para la inmigrante ha tenido la práctica de las medicinas alternativas tradicionales en su país de origen, incluso una vez instalada en la Comunidad de Madrid. Es conveniente como se recoge en este estudio distinguir entre el “curanderismo” y los “remedios caseros”. Para la población latinoamericana el curandero deja de tener importancia al llegar a España sobre todo en función del acceso que tiene a la medicina moderna; asociándose estas prácticas más a la falta de dinero y de cultura.

FACTORES CONDICIONANTES DEL NIVEL DE SALUD DEL INMIGRANTE

Evidentemente el concepto de salud es relativo y multidimensional. Por ello cuando se habla de salud hay que tener en cuenta tanto los elementos culturales como los sociales. La O.M.S define los determinantes de salud como “*el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y poblaciones.*” Por las propias características de la población a la que nos referimos hay una clara relación entre nivel económico y salud. Aquellas mujeres inmigrantes que, o bien están desempleadas, o bien tienen un trabajo mal remunerado, especialmente si a su cuidado tienen hijos, presentan unos resultados de salud peores que el resto de las mujeres de la población general madrileña, aunque no hay que olvidar que en general todas las mujeres valoran peor su salud que los hombres, de lo cual queda constancia en las Encuestas Nacionales de Salud.

Los determinantes de salud de las inmigrantes se derivan principalmente de la falta de acceso a un trabajo normalizado, de su situación irregular y de residencia, de vivir en zonas y casas, donde sus condiciones de habitabilidad son escasas o nulas y el hacinamiento es elevado, de la situación de soledad y de aislamiento que sufre esta población. Factores todos ellos a los que hay que sumar la dificultad de acceso a los servicios sanitarios por falta de información o por dificultades en la comunicación, relacionados con el idioma o con las propias diferencias culturales.

Recientemente en el último informe de UNFPA sobre el estado de la población mundial 2006 aparece como uno de los grupos más vulnerables entre las mujeres antes citadas es el de las empleadas domésticas, que en muchas ocasiones no cuentan con la protección social necesarias, unido a salarios bajos y desde medios culturales muy diferentes a los suyos.

En un reciente estudio (Acevedo, 2005) se ha tratado de conocer las características socio-económicas y reproductivas de las mujeres inmigrantes en Madrid, estableciendo el impacto migratorio desde el punto de vista de la salud ginecológica, valorando las relaciones que pudieran existir entre los factores sociales y la salud reproductiva. Se han incorporado los resultados de 125 mujeres hispanoamericanas de entre 16 y 59 años, obtenidos a través de una encuesta personal. La mayor parte de las cuales, el 86,7% de las latinoamericanas se dedicaban a actividades de servicio doméstico y otras tareas no cualificadas y el 6,1% se dedicaba a la prostitución. Por el contrario en sus países de origen prácticamente ninguna de ellas trabajaba en el servicio doméstico y ninguna ejercía la prostitución. El 49% desempeñaban cargos técnicos o profesiones liberales. En definitiva se observan grandes diferencias en la actividad realizada en ambos países. Claramente hay un gran impacto negativo, ya que tras la inmigración han descendido en la escala socio-profesional, lo cual va a tener sus repercusiones en los resultados de este estudio que muestran en general una peor salud en Madrid y un cambio en el patrón de fertilidad asociado a las condiciones socio-laborales de las mujeres.

En relación con el trabajo que realizan la mayor parte de las mujeres inmigrantes latinoamericanas en Madrid, una de las cuestiones más importante es la situación de soledad y aislamiento en el que viven y los posibles problemas psicológicos que en estas situaciones aparecen, ya que la mayor parte de ellas empleadas en el servicio doméstico solamente se reúnen con familiares y amigos los días de descanso en habitaciones alquiladas de viviendas cuyas condiciones suelen ser deficientes, tanto en salubridad como en hacinamiento y que supone una preocupación no sólo a escala nacional, sino también internacional, puesta de manifiesto en el informe sobre el estado de la población mundial 2006 donde se declara como uno de los grupos más vulnerables entre las mujeres inmigrantes el de las empleadas domésticas.

Las mujeres inmigrantes al igual que los hombres son personas sanas y fuertes, pero evidentemente el viaje a un país en la mayoría de los casos desconocidos y su frecuente situación de irregularidad a veces puede favorecer que contraigan alguna enfermedad. En el caso de las mujeres latinoamericanas éstas cuentan con la ventaja de tener el mismo idioma, a la que hay que añadir otros aspectos relativos a la propia articulación cultural de la enfermedad. Las latinoamericanas dan una gran importancia a la exploración física, pruebas complementarias y empleo de tecnología moderna para conocer el diagnóstico de su enfermedad, en definitiva confían en la medicina española.

El problema de aislamiento se acentúa más si cabe entre las mujeres que trabajan como internas. Estas mujeres que viven habitualmente con familias tradicionales han de aceptar determinados comportamientos diferentes a los de sus propias culturas, al serles más difícil relacionarse con las redes sociales tradicionales de su país, lo cual va a producirles síntomas y trastornos en ocasiones muy vagos, como son las cefaleas, lumbalgias, insomnio u otros problemas psicológicos.

Consideración especial tienen los problemas psicológicos vinculados con el duelo migratorio. Atxotegui (2000) denomina proceso de duelo a la forma que tienen las personas de hacer frente a las pérdidas. Las formas externas en las que el duelo se mani-

fiesta están canalizadas por la cultura. La mujer inmigrante debe elaborar un duelo, ya que ha dejado en su país una parte importante de su vida, de su trabajo, su estatus social, su cultura, su tierra y, en ocasiones, a sus hijos. Se pueden diferenciar dos tipos de duelo migratorio según Fuentes y Martín Laso (2006): el *simple*, que se produce cuando la mujer emigra en buenas condiciones personales y el medio con que se encuentra le permite desarrollar con éxito el proceso migratorio y el *complejo*, el cual surge cuando la emigración se realiza en complicadas circunstancias, lo que dificulta la elaboración del duelo, situaciones que pueden tener importantes consecuencias en el equilibrio psicológico de esta población. La trascendencia y repercusiones de este proceso quedan patentes en el hecho de que en diversos estudios realizados en los centros de atención primaria de la comunidad de Madrid, la mayor parte de las patologías son los trastornos de adaptación, somatizaciones y los relacionados con los duelos migratorios (Fuentes y Martín Laso, 2006)

PRINCIPALES ENFERMEDADES DE LAS MUJERES INMIGRANTES

Los datos referidos a la salud, percepción y problemas de la población femenina objeto de estudio no se han obtenido a través de la encuesta realizada, por tratarse de temas muy personales que las mujeres encuestadas no suelen responder. La mayor parte de la información relativa a estos temas se ha obtenido mediante entrevistas personales, efectuadas por las propias autoras para éste y otros trabajos anteriores sobre la misma temática. Esta metodología nos parece adecuada pues a través de la misma se han extraído una serie de conclusiones que también han sido expuestas en los estudios existentes consultados.

La mayoría de los trabajos realizados coinciden en que la mayor parte de las enfermedades que padecen las mujeres emigrantes están en relación con su situación, condiciones laborales y forma en que se ven obligadas a vivir, factores a los que hay que añadir los difíciles procesos de adaptación. Así la primera causa de enfermedad suelen ser problemas osteoarticulares, relacionados con las propias condiciones en que trabajan. También son frecuentes las patologías gástricas relacionadas no solamente con el cambio de dieta, sino también con factores psicosomáticos.

PRINCIPALES ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LAS INMIGRANTES LATINO-AMERICANAS

En primer lugar hemos de hacer referencia a las propias enfermedades endémicas tradicionales de Latinoamérica y del Caribe, como son la triponosomiasis americana (enfermedad de Chagas), la cisticercosis, infección producida por la ingesta de cisticercos, especialmente del *cysticercus cellulosae*, larva de la *taenia solium* de la carne del cerdo. Otras enfermedades parasitarias como la esquistosomiasis, la estrongiloidiasis, provocada por gusanos del tipo nematodo, la leishmaniasis o la malaria, tienen una incidencia menor entre este colectivo y por lo tanto tienen escaso impacto en el país de destino. Recordemos que en el año 2005 de los casos de paludismo importados, solamente el 40% corresponde a inmigrantes, y cuando aparecen lo hacen frecuentemente en los inmigrantes o sus hijos que viajan a sus países de origen sin ningún tipo de profilaxis,

pero que habían perdido su inmunidad al llevar mucho tiempo en España. Por otra parte no hay que olvidar que el riesgo de transmitir una de estas enfermedades importadas es mínimo, ya que no se dan las condiciones ecológicas adecuadas, bien sea por la falta del vector o de los hospedadores intermediarios necesarios para transmitirlos.

Respecto a las restantes enfermedades infecciosas mención especial merece la tuberculosis. En principio hay que destacar que la incidencia de la tuberculosis entre la población de los países latinoamericanos es similar a la que se constata entre la población española. No obstante aún faltan registros objetivos que nos permitan conocer el verdadero alcance de este problema. Como ejemplo valga el estudio descriptivo llevado a cabo sobre la incidencia de la TB durante la década de 1994-2003 en un área sanitaria de Madrid de Arce Arnáez (2005) La tasa de incidencia anual pasó de 46,6 casos por 100.000 habitantes en 1994 a 25,2 en el 2003 (globalmente descendió de 46,9 a 18,5 por 100.000 habitantes entre la población española, mientras que entre la población inmigrante ascendió de 51,3 a 70,3 por 100.000 h) El aumento en esta década se debió fundamentalmente a los casos procedentes de América-latina y el Caribe. Los países de origen que aportaron mayor número de casos fueron: Ecuador, 65; Perú, 36 y Colombia, 16. De forma general, se puede afirmar que en los últimos años el porcentaje de inmigrantes entre los enfermos de tuberculosis ha aumentado hasta el 32% con una tasa entre los que llegan hasta los 100/100.000 año.

En un principio la inmigración no supone un grave riesgo para la salud pública de la población madrileña, el aumento de los casos obliga a que esta población sea un grupo prioritario para la vigilancia y control de esta enfermedad y cuyos determinantes en nuestro colectivo aparecen vinculadas con las condiciones higiénico-sanitarias de las casas y a sus hábitos de vida, destacando el hacinamiento en las viviendas que queda claramente documentado en la última encuesta realizada por el Ayuntamiento de Madrid. Según este informe, la mayoría de las personas inmigrantes, el 88% comparten casa con otras familias en habitaciones que tienen una media de 2,3 personas por habitación.

En relación con las enfermedades señaladas hemos de aclarar que, si bien las inmigrantes recién llegadas a la Comunidad de Madrid, o que llevan poco tiempo aquí, pueden padecer algunas de las enfermedades infecciosas de las mencionadas anteriormente, con el paso de los años esta posibilidad se reduce rápidamente, pero por el contrario el riesgo para otras infecciones como la tuberculosis, o la esquistosomiasis, muy vinculadas a los determinantes de hábitos mencionados, pueden persistir el resto de su vida. Por todo ello es imprescindible por parte de las autoridades sanitarias de la Comunidad de Madrid la puesta en marcha de programas adaptados a sus necesidades, y que faciliten su integración socio-sanitaria e impulsen los hábitos saludables, mejorando sus condiciones de salubridad.

Como información complementaria hay que añadir el que a las enfermedades y problemas de salud anteriormente mencionadas se suman las de transmisión sexual, violencia sexual, embarazos no deseados y abortos, los cuales suponen en la Comunidad de Madrid aproximadamente el 60% de los realizados.

PERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Información complementaria nos ofrece el estudio de salud de la ciudad de Madrid a través de una encuesta de salud de la población inmigrante, realizado por el

Ayuntamiento de Madrid en el año 2005, por medio de 8504 entrevistas, de las cuales el 14,4% de los adultos son inmigrantes y el 28% de los menores de 16 años son inmigrantes o hijos de inmigrantes.

De los inmigrantes encuestados el 50,4% son mujeres y cuya distribución por clase social es la siguiente:

- Directivos (11%)
- Administrativos, trabajadores por cuenta propia y supervisores (12%)
- Trabajadores manuales cualificados (46,6%)
- Trabajadores manuales no cualificados (30,4%)

En cuanto la tipología de los hogares, el 19,5% lo integran hogares no familiares en los que al menos una persona no mantiene vínculos familiares con los demás y el 17,6% corresponde a familias monoparentales encabezadas por una mujer. La superficie media es de 22,2 m² de vivienda por persona.

En la población inmigrante adulta, el 84,8% percibe su salud como buena o muy buena, mientras que el 15,1% la declaran como regular o mala. Entre los nacionales, los valores anteriores son del 76,8% y 24,7% respectivamente, lo que nos pone de manifiesto que los inmigrantes tienen una mejor percepción de su salud que la de la restante población madrileña. Ahora bien esta situación no se mantiene entre los jóvenes de entre 16 y 24 años, ya que un 8,15% de los inmigrantes valora su salud como mala, mientras que entre el resto de los jóvenes este porcentaje baja hasta el 6,28%. Diferencias más significativas aparecen en la valoración de la salud como excelente o muy buena que entre los inmigrantes es del 37,03% y la del resto de la población alcanza el 56,29. En cuanto a enfermedades en general la prevalencia de enfermedades crónicas es inferior a la de los restantes ciudadanos madrileños (34% y 56% respectivamente) En cuanto a trastornos mentales -depresión y ansiedad-, la diferencia entre los dos colectivos no es significativa, cuando se compara con la población española de la misma edad, sexo y nivel de estudios. En el apartado de embarazos e IVEs entre las jóvenes entre 15 y 19 años hay pocas diferencias, un punto inferior entre las jóvenes inmigrantes (53%) en relación con el grupo de los adolescentes no inmigrantes (54%)

ALGUNAS CONCLUSIONES

Las características específicas de España como país de inmigración se encuadran dentro de un modelo más amplio que se detecta en otros países del sur de Europa, como Italia y Grecia, donde también se observan corrientes migratorias feminizadas para algunos países de origen de la inmigración y una fuerte presencia de irregulares, lo que se traduce en un significativo peso de la mano de obra extranjera en la economía sumergida (Izquierdo, 1996)

En estas condiciones que enmarcan la migración de los flujos feminizados hacia España observamos una fuerte presencia de mujeres en los colectivos de inmigrantes procedentes de Latinoamérica, respondiendo a la tendencia señalada de un nuevo tipo de inmigración fundamentalmente femenina que viaja sola para incorporarse al mercado de trabajo en aquellos sectores en los que se demanda fundamentalmente a mujeres (Cabo, 2005).

La mayoría de las mujeres encuestadas han emigrado de sus países por razones económicas. La elección de Madrid como destino se debe fundamentalmente a razones familiares y de contactos previos personales, a la facilidad de entrada en el país desde algunos países de los que no se solicita visado, a la creencia en el bienestar económico de esta ciudad y en sus grandes posibilidades laborales y a la ventaja de hablar el mismo idioma en el caso de las latinoamericanas.

Los nichos de empleo para las mujeres inmigrantes siguen siendo los tradicionales, entre los que destaca el servicio doméstico. Pero las mujeres que vienen a ocupar estos puestos de trabajo no solían tener este trabajo en sus países de origen y por lo general tienen una formación superior. No emigra la mujer que está en situación más precaria, sino la que tiene ciertas posibilidades económicas y una preparación que le permite iniciar un proyecto migratorio que suele culminar con la reunificación familiar.

A través de los datos de la encuesta y de entrevistas personales realizadas por las autoras en el seno de investigaciones anteriores dentro de un grupo de investigación sobre *Geografías de la inmigración*, dirigido por la profesora García Ballesteros, se constata que la mujer inmigrante no suele permanecer demasiado tiempo sola, intenta rápidamente traerse al marido e hijos si los hay. En el caso de las más jóvenes suelen buscar pronto una convivencia en pareja, no siendo desdeñable la cifra de matrimonios con españoles.

Las mujeres inmigrantes que están solas contribuyen al sostenimiento de sus familias en los países de origen, pero a cambio sufren situaciones de soledad y añoranza de sus hijos que les llevan a padecer enfermedades psicósomáticas. Por otro lado las que viven con sus familias adolecen en muchos casos de un gran agotamiento físico por las largas jornadas laborales a las que añaden las tareas de sus propios hogares y el cuidado de sus hijos, lo cual también les lleva a presentar variadas patologías físicas y psíquicas.

BIBLIOGRAFÍA

- ACEVEDO CANTERO, P. (2005) "Impacto socio-sanitario de la migración en las mujeres magrebíes y latinoamericanas en Madrid", *Revista Cubana de Salud pública*, La Habana.
- ATXOTEGUI, J. (2000): "Los duelos de la inmigración: una aproximación psicopatológica y psicosocial" en *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina depresión de los inmigrantes, una perspectiva transcultural*, Perdiguero y Comelles (Eds.) Bellaterra, Barcelona.
- AGUILERA ARILLA, M. J.; GARCÍA BALLESTEROS, A. y otros (1996): "Foreign immigrants in Madrid" en ROSEMAN, C. y otros (ed.) *Ethnicity. Geographic perspectives on ethnic change in modern cities*, pp. 205-222. Rowman & Littlefield Publishers, Boston.
- ARCE ARNAEZ, A. (2005) Tuberculosis e inmigración. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- AYUNTAMIENTO DE MADRID (2005): *Estudio de salud de la ciudad de Madrid. Análisis de los resultados relativos a la población inmigrante*.
- BEDOYA, M^a Elena (2000): "Mujer extranjera: una doble exclusión. Influencia de la ley de extranjería sobre las mujeres inmigrantes", en *Papers* 60/2000, pp. 241-256.

- BODEGA, M^a I. y CEBRIÁN DE MIGUEL, J. A. (2004): "Veinte años de migraciones españolas: 1982-2002. Cambio de signo e intensidad" en *Estudios Geográficos*, vol. LXV, n^o 256, pp. 415-444, Madrid.
- CABO de, G. (2005): Conferencia: "Las mujeres protagonistas de la inmigración. Perspectivas políticas y experiencias en dos orillas". Casa de América.
- CABOT DALMAU, A. "Enfermedades reemergentes en niños de familias inmigradas", Jano 1610 junio, Ed. Doyma.
- CAPEL, H. (1997): "Los inmigrantes en la ciudad. Crecimiento económico, innovación y conflicto" en *Scripta Nova*, n^o 3, pp. 1-25, mayo 1997.
- FUENTES, C. y MARTÍN LASO, A. (2006): "El inmigrante en la consulta de atención primaria" *Anales Sistema Sanitario*, Vol. 9, Navarra.
- GARCÍA BALLESTEROS, A. (1993): "El impacto social de los nuevos inmigrantes en Madrid" en *Treballs de la Societat Catalana de Geografia*, n^o 33-34, pp. 219-231. Barcelona.
- GARCÍA BALLESTEROS, A. y SANZ BERZAL, B. (coord.) (2004): *Inmigración y sistema productivo en la Comunidad de Madrid*. Consejería de Economía e innovación tecnológica. Comunidad de Madrid, Madrid.
- GARCÍA BALLESTEROS, A. (2005): "La inserción laboral de los inmigrantes extranjeros como trabajadores autónomos en la Ciudad de Madrid" en *Barómetro de Economía de la Ciudad de Madrid*, pp. 99-107, Ayuntamiento de Madrid.
- GARCÍA BALLESTEROS, A.; JIMÉNEZ BLASCO, B.; REDONDO, A. et alia (2006): *inmigrantes emprendedores en la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid, Madrid.
- GONZÁLEZ YANCI, M.P.; AGUILERA, M.J. y RODRÍGUEZ, V. (1993): "La inmigración extranjera en el espacio metropolitano de Madrid. Análisis de detalle de sus implicaciones" en *Inmigración extranjera y planificación demográfica en España*, págs. 475-483. Secretariado de Publicaciones de la Universidad, La Laguna. Tenerife.
- GUERRERO, A. y COLOMINA, J. (2004): "Población inmigrante y enfermedades infecciosas" *Revista de salud pública*, n^o 78, Madrid.
- IZQUIERDO ESCRIBANO, A. (1996): *La inmigración inesperada. La población extranjera en España (1991-1995)*, Trotta, Valladolid.
- JANSÁ, J.M. y GARCÍA DE OLALLA, P. (2002): "Salud e inmigración, nuevas realidades y nuevos retos" *Gaceta sanitaria*, 18, Barcelona.
- JIMÉNEZ BLASCO, B. Y REDONDO GONZÁLEZ, A. (2006): "Inmigración y mercado laboral: aproximación a su estudio en la Comunidad de Madrid" en *Anales de geografía de la Universidad Complutense*, Vol. 26.
- OFRIM (2000b): *Mercado laboral e inmigración*. OFRIM, Madrid.
- OSO, L. y RIBAS, N. (2004): "Empresariado étnico y género: dominicanas y marroquíes en Madrid y Barcelona", ponencia presentada en el *IV Congreso Español de Inmigración en España*, 10-13 noviembre de 2004, Girona.
- PÉREZ SIERRA, C. (2002): "Algunos estereotipos sobre la inmigración. El ejemplo de Madrid" en *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, Vol. extraordinario, pp. 387-398.
- REDONDO GONZÁLEZ, A. y DÍAZ GONZÁLEZ, M. (2000): "Morbilidad e inmigración en Madrid" en *Lecturas Geográficas: Homenaje a José Estébanez Álvarez*, vol. II, págs. 1267-1274, Editorial Complutense, Madrid.

SALLÉ, M. A. (2006): Conferencia 'La conciliación y la problemática de los servicios de proximidad'. *Proyecto Madrid entre dos orillas*

UNFPA (2006): *Informe sobre la Población Mundial (2006). Hacia la esperanza. Las mujeres y la inmigración internacional.*