

**PROYECTO DE PRECUALIFICACIÓN PARA MUJERES
MIGRANTES EN EL ÁREA DE LA SALUD**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN ESPAÑA.
IEPALA**

Investigadoras:
MARÍA MARGARITA ECHEVERRI BURITICÁ
MARGARITA GALLEGO OLIVERA
ADRIANA ARCILA LÓPEZ

MARZO 2005

INTRODUCCIÓN

El presente informe da cuenta de los resultados de la investigación realizada en Madrid España, en el marco del Proyecto de Precualificación Para Mujeres Migrantes en el Sector Salud, del Programa Leonardo de la UE.

La investigación tuvo un enfoque cualitativo, utilizando como herramientas metodológicas las entrevistas en profundidad, realizadas a mujeres inmigrantes e instituciones que se relacionan de alguna manera con el área de la salud y el cuidado.

El objetivo general de la investigación era recoger la información pertinente para iluminar una propuesta educativa innovadora que pretende desarrollar un programa de estudios para mujeres inmigrantes en el área de la salud y el cuidado.

El presente documento que recoge los principales hallazgos de la investigación. Se estructura en cuatro capítulos. El primer capítulo da cuenta del contexto del área de la salud en España. En el segundo capítulo se describe el diseño metodológico, el enfoque, y las técnicas utilizadas en la recolección de la información. El tercero, es el análisis de las tres categorías resultantes de la investigación: a) Una mirada actual sobre la Salud y el Cuidado y su relación con la inserción laboral de la inmigración en España, b) Realidades actuales: Las mujeres inmigrantes en el área de la salud y del cuidado en España, c) La propuesta de formación: desde lo teórico a lo metodológico. El cuarto capítulo recoge las principales conclusiones de la investigación.

1. La Enfermería Española: Comprendiendo Su Significado Social.

En el siglo XIX, el movimiento reformista influyó significativamente en la enfermería española, a través de la incorporación de la mujer en el ámbito laboral y en el sistema educativo. Concepción Arenal, exponente de este movimiento, recoge los cinco principios que demuestran “la impronta paradoméstica”, que al menos en su origen, tuvo la actividad de la enfermería en España: Cuidado en la Asistencia, Conocimientos Sobre la Alimentación, Honestidad, Aseo y Orden.

Fue en 1945 cuando por primera vez se especificaron las funciones y se definió a cada una de las profesionales de la salud: Practicantes, matronas y enfermeras; siendo estas últimas claramente subalternas del médico, sin facultades para tomar decisiones de forma autónoma. Ya en 1954 se unificaron estas tres áreas bajo la denominación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS).

Aunque “teóricamente se unió la profesión, lo que realmente se hizo fue aumentar las desigualdades entre los profesionales masculinos y femeninos y entre éstos y el resto de los profesionales del mundo desarrollado. Las ATS femeninas prácticamente todas tenían el internado como obligatorio, del cual eran excluidos los varones que no estaban sometidos a dicho requisito ni control, puesto que estos internados estaban destinados, no a cubrir problemas de residencia, sino a asegurar la vida ordenada y casi clerical de las estudiantes de enfermería. Las diferencias en formación también fueron evidentes, ya que los objetivos de las primeras eran fundamentalmente: "sumisión, obediencia, abnegación y altruismo... además del estudio y la profundización teórica, práctica y técnica; en los planes de estudio tenían una asignatura denominada "enseñanzas de hogar", mientras los alumnos masculinos estudiaban "autopsia médico-legal". La convalidación de los antiguos títulos se realizó a los varones pero no se dio a las mujeres la posibilidad de convalidar hasta el final de la etapa". (García-Banon, A; Sainz Otero, A y Botella Rodríguez (2004).

En 1977, entran los estudios de enfermería a la Universidad, marcados por un carácter igualitario, ya que desaparecían los distintos planes en función del género. Paulatinamente, entonces, vemos como a lo largo del siglo XX va transformándose la percepción de la enfermería, que, aunque mantiene un carácter de asistencia al médico y al cumplimiento de funciones delegadas, ya reconoce una aportación propia y concreta desde esta profesión sin discriminación de género.

Sin embargo, García-Banon, A; Sainz Otero, A y Botella Rodríguez (2004), señalan las permanentes restricciones al poder de la enfermería en el sistema sanitario actual, cuando hacen referencia a: “La dificultad de acceso real a los puestos de verdadero poder, cerrándose el paso a las enfermeras a través del simple mecanismo de establecer un nivel de titulación que excede al suyo. Mientras tanto deniegan la

licenciatura al colectivo. La otra traba es lo que hemos denominado la devaluación de las ideas y soluciones aportadas, como consecuencia del escaso prestigio que tienen las enfermeras en el seno del Sistema Sanitario”.

Este “escaso prestigio” puede explicarse entonces, por un lado, por la concepción de la enfermería como una actividad enfocada más al cuidado y la asistencia y por ello concebida como meramente “femenina”, en cuanto al rol social tradicional de la mujer que se adapta a estas características; y por otro lado, a un no reconocimiento actualmente en España de la titulación de licenciatura, que no permite una formación más especializada ni un acceso a los círculos de poder por parte de los o las enfermeras.

En este sentido respecto al área de la enfermería se apuntan dos cambios fundamentales y revolucionarios: por un lado, la conversión del diplomado en licenciatura y por otro, la modificación de los planes de estudio que agregará a las dos especialidades actuales de Obstetricia-Ginecología (matrona) y Atención a la Salud Mental; otras cuatro: Enfermería Geriátrica y Socio-Sanitaria, Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, Clínica Avanzada y Enfermería Comunitaria.

Al respecto la Ministra de Sanidad afirmó que “la LOPS (Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias) incorpora numerosas mejoras para la enfermería, una ley que prestigia y reconoce la labor de aquellos profesionales más comprometidos por mejorar la calidad asistencial. La enfermería es una profesión con prestigio creciente. Es también una profesión emergente, de futuro. (La Voz de Galicia, 2004).

Hacia futuro, se podría intuir entonces una clara “especialización” de la enfermería, que impactará de manera positiva su prestigio y marcará su independencia como profesión. Es evidente la necesidad de elevar el nivel de formación de los profesionales de la salud a través de la educación especializada y permanente, no sólo como respuesta al envejecimiento de la población española, sino como una exigencia de la Comunidad Económica Europea (Tratado de Bolonia, Plan de Convergencia Europea).

2. El Diseño Metodológico De La Investigación

El abordaje metodológico de la investigación se realizó desde un **enfoque cualitativo** a través del cual se pretendía comprender la vivencia formativa y en el ámbito laboral tanto de algunas mujeres inmigrantes en España en el sector de la salud y el cuidado, como del marco institucional en el tema.

Se parte de los acontecimientos reales, en este caso la vivencia de las mujeres inmigrantes en el sector de la salud, recogiendo las opiniones e imágenes, los hechos y las acciones desde la perspectiva de la gente que lo vivencia en su vida cotidiana, en un proceso de “ver a través de los ojos de la gente que uno esta estudiando”, lo cual significa “trabajar con empatía con quienes están siendo estudiados, pero también implica una capacidad de penetrar los contextos de significado con los cuales ellos operan” (Mella 1998, p. 8), dando protagonismo y voz tanto a las mujeres, como a otros actores claves para la comprensión del fenómeno social: instituciones prestadoras de servicios, diseñadores de políticas, instituciones en el ámbito académico y de educación formal y no formal, entre otros.

La Investigación Cualitativa no tiene como objetivo producir generalizaciones, en tanto se establece que es necesario entender los acontecimientos y conductas de manera holística pero enmarcadas dentro de un contexto, es decir que, “cualquiera que sea la esfera donde los datos sean recolectados, solo podemos entender los acontecimientos si ellos son situados en un contexto social e histórico” (Mella 1998, p. 10). Por tal razón, la investigación se refiere específicamente a la población inmigrante y al contexto institucional en Madrid-España.

2.1 La recolección de la información

Partiendo del enfoque cualitativo de investigación social citado anteriormente, se considero para la recolección de los datos diversas estrategias a saber:

Unas concebidas como **fuentes primarias** que hacen referencia a los discursos de los actores principales, recogidos a través de Entrevistas en profundidad. Otras entendidas como **fuentes secundarias** que permitieron un acercamiento general a la realidad de la inmigración actual en España y su relación con el área de la salud y el cuidado, recogidas a través de fondos bibliográficos y documentación existente del tema.

Las técnicas cualitativas

Las entrevistas como técnicas cualitativas permiten crear una situación conversacional cara a cara y personal. Los sujetos entrevistados presentaron su opinión acerca de su

motivación respecto al área de la salud y el cuidado, los cursos de formación en los que han estado participando (como alumnos o profesores), sus metodologías, las dificultades encontradas, las causas de la deserción, entre otros.

Sobre el diseño de las entrevistas

Para definir los sujetos a entrevistar se consideraron aspectos como: experiencia previa en el ámbito de la salud (tanto de las instituciones como de las mujeres), o deseo por parte de las mujeres de participar en proyectos en el área de la salud y el cuidado.

Los guiones de las entrevistas fueron los suministrados previamente por las instituciones responsables del proyecto.

Se presenta a continuación la distribución de las entrevistas realizadas según los ámbitos, actores claves, el número de sujetos entrevistados, el perfil de cada uno de ellos.

Es necesario aclarar, que la “muestra” seleccionada para la aplicación de las entrevistas no responde a criterios estadísticos, ni busca una representatividad muestral. Se constituyó una muestra intencionada, donde se trató de representar determinados sujetos sociales que por su condición, experiencia y cargos podían dar cuenta a través de sus discursos de la vivencia de las mujeres inmigrantes en el área de la salud y el cuidado, y abordar aspectos claves para perfilar los cursos de formación objetivo del proyecto.

Se realizaron 7 entrevistas individuales a los actores claves en la ciudad de Madrid:

Perfiles Mujeres Inmigrantes:

Mujeres Inmigrantes	Características	Nacionalidad	Tiempo de permanencia en España
EM1	Enfermera asistencial en Urgencias.	Peruana	15 años
EM2	Ha participado en cursos de formación en el sector salud. Actualmente trabaja en una empresa como auxiliar y cuidadora de ancianos. Ha desertado de los cursos.	Colombiana	5 años
EM3	Ha participado en un curso de Auxiliar de enfermería. Trabaja actualmente en una residencia geriátrica.	Peruana	9 años

Perfiles Instituciones:

Actores Claves	Institución	Cargo
EI1	Escuela de Enfermería Universidad Complutense de Madrid	Profesora - Docente
EI2	Médicos del Mundo	Responsable del Área de Formación
EI3	Escuela Nacional de Sanidad. Programas de Salud	Enfermera – Instructora de Sanidad. Departamento y línea de trabajo con población inmigrante.
EI4	IEPALA	Coordinadora de formación y responsable del proyecto.

2.2 El análisis de los datos

El proceso de análisis de los datos cualitativos ha implicado un continuo preguntarse en una búsqueda de respuestas, reconociendo que el fenómeno migratorio es un hecho social cambiante e interconectado. Ha consistido entonces en analizar los datos una y otra vez, encontrar relaciones, hacer visible lo que parece obvio y construir y reconstruir las categorías, dentro de una mirada abierta, creativa y con interrogantes, verificaciones, correcciones y modificaciones.

Se parte entonces de la “**metodología teóricamente fundamentada**”. Dentro de este planteamiento el aspecto central es el dato empírico definido como los sucesos e incidentes que surgen y tienen relación directa con el acontecer social cotidiano; el método es el análisis comparativo que se establece entre el dato y la teoría. (Mella 1998). Así, el proceso se inició con la obtención de los datos a través de la implementación de técnicas cualitativas. Analizado el material empírico, se construyeron categorías tanto desde el material recogido –los discursos de los sujetos– como desde el marco diseño de la investigación.

3. Analizando La Información

3.1 Una mirada actual sobre la Salud y el Cuidado y su relación con la inserción laboral de la inmigración en España:

Los estudios de las migraciones desde una perspectiva de género muestran las nuevas dimensiones que surgen de la prevalencia y generalización en los últimos tiempos de las migraciones femeninas. De esta manera, no significa que las migraciones femeninas sean un hecho reciente, pero si, que plantean nuevas implicaciones de las mujeres como actores fundamentales en las actuales sociedades.

La participación de las mujeres en las migraciones internacionales a España ha tenido un aumento significativo. Según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a 31 de diciembre de 2004 había 1.977.291 extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor, donde el 32.85% (649.122) del total son iberoamericanos, mayoritariamente mujeres. Según sexo, del total, el 54.07% eran varones y el 45.93% mujeres. Sin embargo por nacionalidades eran mayoría mujeres en el caso de Brasil, Rusia, Republica Dominicana, Venezuela, Colombia, Filipinas, Cuba, Suecia, Bolivia, Perú, Bélgica, Francia, Alemania, Argentina y Ucrania.

La presencia de la mujer inmigrante se ve reflejada en muchos de los discursos de las mujeres entrevistadas, cuando señalan las nacionalidades de sus compañeras de trabajo en el área de la salud: “Casi todas las mujeres que trabajan en XXX son españolas. Mujeres más o menos con baja preparación. Hay un colectivo muy grande de mujeres ecuatorianas, yo no te sé decir cuántas, pero muchísimas. Hay también marroquíes, hay peruanas, colombianas. Hay del Salvador, de República Dominicana y hay de Marruecos”. (EM2).

Dicha feminización de la migración a España, lleva necesariamente al reconocimiento de la variable de género en los análisis de los proyectos migratorios, en el diseño de programas de formación y en la inserción laboral de los y las inmigrantes. Es decir, significa que debemos avanzar sobre el genérico de “inmigrante”, hacia el reconocimiento de la diversidad de esos miles de mujeres y hombres que han llegado aquí, para en muchos casos quedarse. En este sentido la diversidad de las mujeres se debe a las particularidades nacionales, étnicas, raciales, de clase, de edad, de salud, religiosas, políticas, ideológicas, educativas y culturales.

Al respecto afirma una docente de enfermería de la UCM, haciendo referencia a las diferencias en el nivel de formación de las enfermeras inmigrantes que: “Yo creo que no se puede generalizar, yo matizaría según los países. Por ejemplo la enfermería colombiana es buenísima, más alta quizás que la española, en cuanto a la preparación académica y profesional...Según el país de procedencia el nivel es muy bajito, incluso

de chicas, y digo chicas porque casi todas son mujeres, las que vienen. Chicas que incluso vienen con una experiencia hospitalaria de a lo mejor dos o tres años, de repente aquí se nota que les falta conocimiento. Yo creo que eso depende del país (E11).

Desde esta mirada se afirma que el abordaje de la situación social de las mujeres inmigrantes debe realizarse desde una perspectiva multidimensional. Una aproximación compleja y rica de su situación real debe incluir factores diferenciales como el Estado-nación de origen, la clase social, el grupo étnico y la cultura de origen. (Colectivo IOE, 2000), oponiendo resistencia a la negación de la diversidad, como uno de los ejes básicos de la discriminación actual.

Discriminación expresada en la generalización del imaginario sobre la mujer inmigrante como: pobre, no cualificada, no formada, y por ende en el establecimiento de contingentes o cupos laborales que suponen el otorgamiento de permisos de residencia y de trabajo restringidos a determinados sectores no cubiertos por la mano de obra local. Esto coloca a los y las trabajadoras inmigrantes en un número limitado de actividades: servicio domestico, agricultura, construcción, y hostelería. Ubicaciones dentro del mercado laboral que acaban creando imágenes con las cuales se les asocia y estigmatizan, de tal modo, que parece que no sirven para desempeñar otros. O peor aún, los otros campos laborales, a los cuales acceden, terminan desvirtuándose a la luz de los prejuicios, reduciéndose el trabajo como “cuidadoras de ancianos” o “auxiliares de enfermería” a “empleadas domesticas”.

Al respecto afirma una mujer inmigrante que trabaja en una empresa de auxiliares para atención a ancianos, que:

“Todas aparecen (las empresas de cuidado y atención a ancianos) con ese nombre tan bonito: “Atención a las personas mayores”. Y yo me imagino, que en los proyectos que le presentan al ayuntamiento, yo creo que les digan muchas cosas y les pongan muchos adornos sobre la atención a las personas mayores. Pero la atención se reduce a limpiar, al aseo personal y a limpiar... ¿Ustedes por qué dicen que XXX es una empresa de atención a las personas mayores? Eso no es verdad. Entonces digan: “XXX, Empresa de Limpieza”. Que vengan aquí a contratar para la limpieza, pero no digan que es atención a personas mayores”. (EM2)

Actualmente el envejecimiento de la población española y el incremento de la esperanza de vida, están influyendo entre otros aspectos, en un aumento significativo de la demanda en el mercado laboral de personas en el área del cuidado y la salud; así, como en la necesidad de elevar la formación y cualificación de los profesionales en esta área, para el tratamiento de nuevas y diversas patologías. De un total de 6,9 millones de personas de 65 años y más, hay aproximadamente un millón de ancianos

que no pueden valerse por sí mismos, alrededor de 400 mil enfermos de Alzheimer y otros 400 mil con otros tipo de demencias y enfermedades neurológicas”. (Diario Opinión Galicia, 2002).

Dicha revolución demográfica, igualmente está impactando el sistema sanitario, en cuanto a su infraestructura, su nivel de consumo, y la necesidad de coordinación entre departamentos sanitarios y sociales: “España tiene una de las peores estructuras sanitarias asistenciales urbanas y sociales, para acoger con profesionalidad, medios y humanidad a los ancianos enfermos...para atender a los 6,9 millones de ancianos mayores de 65, sólo hay cerca de 200 mil plazas para residencias de ancianos, la mayoría privada”. (Diario Opinión Galicia, 2002).

Ante este panorama y la imposibilidad de muchas familias de pagar una residencia privada, se genera un aumento de la contratación de mujeres que asistan a los domicilios para atender a los ancianos. Atención que va desde el acompañamiento, el aseo personal o de la casa, hasta una atención especializada, fortaleciendo un mercado laboral alternativo, que en muchos casos es cubierto por las mujeres inmigrantes, con un alto porcentaje de irregulares, sin contrato laboral, ni prestaciones sociales.

“En la actualidad una de las ocupaciones menospreciadas por los españoles, en cuanto implica inestabilidad y falta de consideración social, es el cuidado de ancianos. Esta labor está quedando prácticamente en manos de inmigrantes extranjeros por motivos económicos, especialmente mujeres en situación irregular. Los últimos datos de la Seguridad Social cifran en cerca de 100.000 las altas en este tipo de ocupación entre los inmigrantes, a las que se les puede añadir otras tantas irregulares. Son las suramericanas, especialmente las dominicanas y las marroquíes quienes se ocupan de aquellos ancianos que viven solos en sus casas”. (Gaceta de Antropología N18. 2002).

La doble discriminación se refleja entonces, en tanto mujer inmigrante, dedicada a una labor, que como se describió anteriormente no ha tenido una buena valoración social en España. Así lo expresa una docente entrevistada: “Es que además vienen a una profesión, si son inmigrantes, que de entrada ya tienen una serie de estigmas o connotaciones... que pueden sentirse más inseguras o en desventaja. Y encima, vienen a una profesión, la enfermería, que también socialmente está considerada como de un nivel inferior. Que es una profesión dependiente de la medicina. Es una profesión que tampoco tiene un buen estigma social. Pues claro, es que se junta todo. (E1)

Bajo este manto de estigmatizaciones, se degrada cada vez más la percepción de la labor de “cuidador o auxiliar para el cuidado de ancianos”, creando un círculo vicioso,

donde se disminuye igualmente la cualificación requerida para este trabajo y por lo tanto el nivel académico y técnico de algunos de los cursos de formación que se realizan actualmente en el área.

Dicha dinámica se ve expresada por la encargada del área de formación de una ONG: “Son mercados, ya de por sí mercados muy complejos para la mujer con todos sus derechos. Es decir, son mercados sumergidos...la explotación a la mujer a nivel laboral es un hecho, es un hecho actualmente. Con lo cual, los horarios, los precios que se pagan, las horas que hay que hacer son larguísimas. Si además lo hacen con personas más o menos irregulares, todavía la explotación es mayor. Entonces, claro, una cosa son las empresas que contratan personal cualificado para esa actividad... ¿Es en estas empresas en las que vamos a depositar la formación de ellas? En los aspectos que hemos apuntado, de derechos, yo que sé. Eso es mentira. Eso es pedirle algo que no sucede y que no va a suceder. Es decir, la empresa contrata por los servicios, lo otro tienen que ser las instituciones o la Administración. (E12)

La situación actual de la mujer inmigrante en España crea imaginarios sobre “las otras” que no tienen nada que ver con su manera de afrontar el mundo. Más bien son el resultado del enfrentamiento a un contexto adverso que discrimina, estigmatiza e infravalora. La supuesta “sumisión” de la mujer inmigrante latinoamericana, tiene que ver más con la presión del entorno familiar que dejaron en sus países de origen, la demanda de remesas y una clara estrategia de supervivencia, en un contexto que por adverso no les permite posicionarse de manera proactiva. Así lo expresa una mujer inmigrante:

“A lo mejor porque las suramericanas aguantamos de todo ¿no? Te metes a una hipoteca, estás con deudas o estás ayudando a la familia allá, entonces como que te obligas a mantenerte en tu puesto de trabajo...detrás tuya siempre has dejado una familia. Alguien que quieres ayudar allá. Que te movió para salir de allá, para trabajar acá. Así que debes conservar tu trabajo”. (EM1)

Como lo afirma Laura Agustín (2001), en realidad los sujetos de la emigración no son los individuos sino las familias, en cuyo marco de necesidades y expectativas se sitúa generalmente tanto la decisión de migrar como la de ocuparse en cualquier tipo de trabajo. Más de dos tercios de las trabajadoras del Tercer Mundo están casadas y el 59 % tiene hijos...lo que da lugar con frecuencia a familias monoparentales en las que la madre es la única cabeza de familia.

En esta línea la discriminación y los imaginarios sociales sobre la mujer inmigrante y las trabajadoras de la salud en España, producen un resultado lamentable a la hora de pensar en su inserción sociolaboral. A pesar de su formación y sus posibilidades de realizar trabajos de cierto grado de cualificación, terminan accediendo a los estratos

más bajos de la escala laboral. El caso del trabajo de las mujeres inmigrantes desborda la categoría técnica de empleo y sus trayectorias de inserción laboral no se pueden explicar sólo desde el ámbito estricto de la economía, sin considerar el conjunto de relaciones sociales de las que forman parte. (Aparicio, R; Tornos, A. 2004)

Una mujer peruana que trabaja en un centro de salud afirma:

“Se necesitan mejoras salariales. Por ejemplo, yo tengo a mi hermana que trabaja limpiando y planchado, y a lo mejor ella gana más que una enfermera en un puesto de trabajo que no tiene responsabilidad. Y tú vas a una residencia de mayores y te están pagando 600€, 700€ para una profesional. Es que es una vergüenza, una vergüenza ese sueldo para una profesional que ha estudiado y que se valora profesionalmente. Pero aquí como la gente hace lo que quiere no hay una unificación de salario”. (EM1)

Se marcan así trayectorias y condiciones laborales que giran en función de las necesidades del mercado y la discriminación por género de la que hemos sido objeto las mujeres tradicionalmente, manteniéndolas en la invisibilidad, abocadas a trabajos domésticos o dentro de la economía sumergida. Se las considera por lo general como trabajadoras de bajo costo, dóciles y flexibles. Características que las definen en varios estudios como “la ventaja comparativa de la desventaja de las mujeres”.

La inferioridad atribuida (incluso por otras mujeres) a las mujeres inmigrantes, basándose en las representaciones y estereotipos de “dóciles, sumisas, y sin educación”, nos hace ser consideradas ignorantes perpetuas, porque nuestros saberes no se reconocen en calidad de conocimientos y de capital cultural.

“Luego la gente, según que países, están muy apocadas, que decimos en España. Como temerosas, vienen con miedo. Luego es verdad, que es gente con modo de ser mucho más delicado, en su relación personal es muy respetuosa, cosa que los españoles, pues a veces somos más brutos. Como es gente que es muy respetuosa, muy delicada en el trato, y además ese componente de temor e inseguridad o sentirse en desventaja. Yo no sé qué pasa, que eso crea en el otro pues, el trato correspondiente. Quiero decir, que provocas un poco que te traten de la forma que tú vas”. (E11)

3.2 Realidades actuales: Las mujeres inmigrantes en el área de la salud y del cuidado en España

3.2.1 En el ámbito de la Enfermería:

La formación universitaria pública en enfermería, está definida dentro del Plan General reglamentado por el Ministerio de Educación español, como un programa de formación único de pregrado con duración de tres años. Respecto a dicho programa y de acuerdo a la postura institucional de algunas personas entrevistadas en la investigación, se considera que las personas diplomadas en enfermería en España tienen una formación ajustada a los requerimientos del mercado laboral, tanto español como europeo. Se afirma que las y los enfermeros españoles en este sentido, tienen una buena capacidad de adaptación, con muy buenos resultados, en los distintos ámbitos laborales.

Así, lo señala la enfermera de Salud Pública de la Escuela Nacional de Sanidad: “El currículum de enfermería, yo creo que en este momento está bastante bien adaptado en España. Hablando de las diplomadas universitarias en enfermería, con el tiempo que tienen de formación, me parece que está bastante ajustada a las necesidades”. (EI3).

Sin embargo, las entrevistadas igualmente manifiestan carencias en la formación, respecto a la falta de prácticas que permitan a l@s estudiantes tomar experiencia en el campo, así como al predominio de un enfoque demasiado biologicista, dejando de lado la salud comunitaria. Dos aspectos relevantes para lograr una mejor calidad en la atención. Al respecto se afirma que: “Esa persona efectivamente, que es un recién graduado, lógicamente hasta que realmente domina, necesita un tiempo de experiencia, como todo el mundo. Y encima, si le toca una unidad de éstas: imagínate un quirófano, una UVI, una urgencia. Claro, yo pienso que demasiados buenos resultados hay para la situación que se da. Verdaderamente dices, cómo es posible que no haya más fallecimientos en urgencias, o más complicaciones, o más problemas teniendo en cuenta el personal que hay”. (EI1)

En este punto es necesario rescatar por ejemplo lo afirmado por una docente de la UCM, en cuanto al nivel de experiencia de algun@s enfermer@s que al ser formados en países como Colombia, tienen mayor cualificación práctica, ya que dentro de los programas académicos es obligatorio un año de servicio social al terminar los estudios como requisito para obtener su titulación. Podríamos pensar en que los altos niveles de cualificación de algun@s inmigrantes en el área de la salud y el cuidado, como es reportado por los actores de la investigación, serían una fortaleza para el acceso al mercado laboral.

Sin embargo, dicha fortaleza se ve limitada por tres aspectos particularmente en el contexto español: a) la imposibilidad de especializarse en su formación; b) la homologación de su título, que automáticamente traduce su grado de licenciadas a un grado de diplomadas; c) la invisibilización de su cualificación, desde el punto de vista del reconocimiento de su status y su correspondiente remuneración laboral.

Esta situación la cuenta una docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid: “(La formación) No le vale para nada, no le vale en el sentido académico. Profesionalmente le vale todo. Por ejemplo, lo digo por las licenciadas en enfermería. Hay licenciadas en enfermería latinoamericanas y gente que ha hecho maestrías que viene aquí y a la hora de trabajar, como no existe nada más que el diplomado de enfermería... aquí pasan a llamarse enfermeras y ellas aunque sean licenciadas o tengan una maestría serán consideradas y pagadas como una diplomada”. (E11)

Igualmente lo manifiesta una mujer inmigrante en el campo de la enfermería, que demanda cursos de posgrado, debido a su alta cualificación: “Las especialidades de enfermería y la licenciatura deberían ya llegar aquí. Aquí no hay licenciatura, solo existe un diplomado y en países como el nuestro existe hasta un Master, y un Doctorado en México. Llevan diciendo que lo van a sacar y ya llevo yo aquí 15 años y no lo sacan”. (EM1)

Es importante considerar, que las personas inmigrantes licenciadas en enfermería en sus países de origen, deben realizar un proceso de homologación para ejercer su profesión. Tanto para las enfermeras como para las instituciones en un proceso relativamente fácil, que en últimas tiene que ver con la alta demanda laboral de las profesiones en el área de la salud. En algunos casos se ha realizado desde su país de origen, como lo reporta una mujer peruana: “La homologación española se hizo en seis o siete meses desde Perú. En esa época había mucha escasez de trabajadoras. Entré directamente a trabajar (hace 15 años)”. (EM1)

Para la enfermera de la Escuela Nacional de Sanidad: “Una persona que tenga título universitario de enfermería en Latinoamérica, por ejemplo, no tiene ningún problema para convalidarlos aquí, solo el tiempo de justificar los papeles” (E13). Sin embargo la homologación del título, no significa un acceso directo al mercado laboral, ni un ascenso en el status laboral de I@s inmigrantes, pues para su inserción laboral es definitorio la regularización de su situación legal en España.

Como consecuencia de este fenómeno, personas que tienen una formación importante, se ven obligadas a dedicarse a labores que no corresponden con su formación, desaprovechándose así un importante capital humano para la sociedad española. Como menciona una representante de Instituciones de Formación: “Dentro

de las enfermeras, podríamos pensar que son las que le dan comida a los pacientes, o ponen inyecciones. Pero yo sé de enfermeras de quirófano. Y tienes que haber peleado y estudiado mucho para llegar allí. Y ahora están trabajando en casas". (E14).

De acuerdo al estudio del capital humano de la inmigración (Aparicio, R; Tornos, A, 2004), los inmigrantes llegan a España con un determinado bagaje académico que puede ser de utilidad para el desarrollo del mercado laboral, aunque no siempre puedan acceder a un puesto de trabajo adecuado a su formación. Se pone de manifiesto que el nivel de formación de las personas inmigrantes es similar al de la población española.

En el caso de las mujeres latinoamericanas, se encuentra que un 64.9 % tienen por lo menos terminada la enseñanza secundaria, llegando a un 15.2 % las que tienen estudios universitarios acabados, una proporción no demasiado diferente a la que tenemos en España. (Aparicio, R; 2003).

Acceso a la Formación

Dentro del acceso a la formación universitaria para los y las inmigrantes es necesario destacar las posibilidades que existen en el Sistema Educativo Público español, que parece ser invisibilizado en algunos casos por la falta de información, que tienen no solo los colectivos de inmigrantes, sino las instituciones que ofertan dicha formación. Existen variadas formas de acceso a la universidad pública, que para el caso de la enfermería, serían las tres últimas, por la carencia de postgrados en dicha área, señalada anteriormente:

- En el caso de que la persona posea el título de licenciado/a, este puede ser convalidado para acceder a cursos de especialización y así continuar su formación.
- En el caso de que haya iniciado, más no concluido sus estudios en el país de origen, la persona puede solicitar una "convalidación parcial de estudios" que reconoce las materias que ya ha cursado, nivelando su formación previa al plan de estudios español.
- En el caso de que la persona tenga una formación secundaria y no sea mayor de 25 años, debe aprobar el examen de selectividad español, para iniciar sus estudios de licenciatura.
- En el caso de ser mayor de 25 años, la persona puede presentar y aprobar las dos pruebas reglamentarias (general y específica, en este caso para la enfermería) y entrar a la universidad.

La posibilidad de acceder a la formación universitaria por parte de los inmigrantes es señalada claramente por la docente de la Escuela de Enfermería de la UCM: "Es gente

que ha terminado su bachillerato, desde el punto de vista de los estudios previos están en igualdad de condiciones, o algunas de ellas han hecho un primer año en su país, un segundo año. Y tenemos varias que han entrado por la vía de los mayores de 25 años. Hay todo tipo de accesos y todo tipo de casuística y desde luego la respuesta es distinta. Los mayores de 25 tienen que hacer una prueba general, que es para todas las facultades igual. Y luego tienen una segunda prueba que es específica de cada facultad. Entonces ellas pueden venir incluso sin bachillerato, por que no se pide nada, solo ser mayor de 25 años. Y por esa vía vienen algunas”. (E11).

3.2.2 En el ámbito de Auxiliares de Enfermería:

Para las auxiliares de enfermería, la oferta de formación es mucho más amplia y dispersa. Existen diversidad de cursos y certificaciones, lo que impide una regulación y control riguroso sobre los requisitos de exigencia, el programa de estudios, las características de los cursos (costes, presencia o no de prácticas y cursos por correspondencia), y por supuesto, los estándares de calidad en la formación que asegurarían una atención adecuada en el área de la salud.

Como asegura una docente de la UCM: “Hay muchos centros privados que certifican a los auxiliares, incluso por correspondencia. Y luego hay auxiliares que se forman por el sistema de FP, entonces ese sistema en un poco más formal. Hay mucha disparidad en la formación de auxiliares. Hay gente con una formación muy buena, que a lo mejor ha estado 2 años y que tal. Y luego hay gente que nada de nada, que aprende con la practica. Eso no está muy bien regulado”. (E11)

Lo anterior muestra el proceso de “desprofesionalización” que sufre la formación de Auxiliar de Enfermería, ya que frente a la alta demanda en el mercado laboral en dicha área, han proliferado centros que dan una formación no regulada por las instancias pertinentes. Sin embargo, este tipo de formación atrae a las mujeres inmigrantes, porque se perciben como un puente rápido al mercado laboral, y con pocos requisitos para el acceso. Se cae así en un círculo vicioso: pocos requisitos - baja formación - malos profesionales que bajan los estándares de calidad en el servicio.

3.2.3 En el Ámbito de la “Atención a Personas Dependientes”

Dentro del ámbito de la inserción laboral de las mujeres inmigrantes como cuidadoras de personas dependientes, y dentro de este, lo referente a los cursos de formación, se encontró que la mayoría de cursos son impartidos por los Servicios Sociales (Comunidad de Madrid, INEM, entre otras), o empresas privadas que son contratadas por estos.

Los cursos que se imparten por ejemplo desde el INEM están dirigidos a personas desempleadas, que no necesariamente son inmigrantes. Por lo anterior, estos cursos no responden a las características especiales de la población objeto de esta investigación, ni en su diseño, ni en su plan de estudios, ni en la manera de impartirlos. Al respecto la representante de una ONG afirma:

“Habrá de todo. Lo que suelen ser, son cursos muy especializados en la inserción solamente. Juegan con un formato muy parecido, ya lo apunte antes, a un formato anterior al nuestro. Es decir, eran cursos de formación para personas españolas para insertarse. Cursos para jóvenes para insertarse. Claro, pero la problemática del joven, es una problemática de la juventud, no es una problemática de la inmigración... Entonces eso tiene que quedar en los cursos de alguna manera. Porque se deben hacer cursos que realmente tengan en cuenta las características de las personas que están en el curso no?” (E12).

Por su parte las empresas u ONG que imparten la formación para cuidadoras de ancianos, describen que sus cursos están igualmente enfocados a la inserción laboral de estas mujeres, tanto para trabajar en residencias geriátricas como para prestar el servicio a domicilio. En este marco, algunas de las entidades dentro del diseño de sus programas, afirman no incluir módulos o temáticas que propendan por la integración cultural y social de sus educandos, en tanto se entiende que si estas mujeres están allí es únicamente por su necesidad de insertarse laboralmente, desconociendo de nuevo sus características particulares.

“El tema de la interculturalidad y multiculturalidad, si. El tema en España, esto no. Se da un curso se enseña y punto. El muñeco con el que trabajan es el muñeco y punto. La cama que se le enseña a hacer es la cama de hospital y punto...Es una cosa que les puede enriquecer a ellas y que les interesa a ellas porque pueden ver la diferencia. Pero que en la dinámica de un curso no tiene sentido”. (E14)

Así, los contenidos que se incluyen dentro de algunos cursos de formación van dirigidos al cuidado de ancianos, a cómo moverlos, medicación, tipos de comida, sintomatología que pudieran presentar, primeros auxilios para situación de crisis, etc. Sin embargo desde la perspectiva de las mujeres entrevistadas que trabajan en la atención a personas dependientes, las funciones que realizan se aproximan más al servicio domestico, que a una atención especializada, para “lo que supuestamente han sido formadas.

El panorama descrito anteriormente, pone en evidencia la incongruencia entre el tipo de formación que se supone se les da a las mujeres en el área de la atención a

personas dependientes, y las labores que realmente terminan desempeñando en su trabajo, más enfocados a la limpieza que al cuidado y la atención en la salud.

Se generan entonces falsas expectativas en las mujeres, que ingresan buscando incrementar su formación u obtener certificaciones que finalmente no les sirven para realizar los trabajos cualificados a los cuales buscan acceder. Este factor no solo impacta negativamente a las mujeres, generándoles frustración y falta de motivación a la hora de desempeñar su trabajo, sino que termina repercutiendo directamente en los usuarios de este tipo de servicios, que no encuentran la atención especializada que buscan.

Esta situación la reitera la entrevistada colombiana, vinculada a una empresa prestadora de servicios: “Ustedes por qué dicen que XXX es una empresa de Atención a las personas mayores. Eso no es verdad. Entonces digan “XXX, Empresa de limpieza”. Que vengan aquí a contratar para la limpieza, pero no digan que es atención a personas mayores. Porque lo que ustedes dan no es atención a personas mayores. Yo estaba bregando a dar atención a personas mayores, pero si ustedes lo que quieren es que les limpien pues les voy a limpiar”. (EM2).

La confusión que se tiene entre las funciones de las cuidadoras de personas dependientes y trabajadoras del servicio domestico, se hace evidente en las condiciones de contratación por medio de las cuales se vinculan al servicio. Esto se puede observar en la entrevista a la enfermera de la Escuela Nacional de Sanidad: “Estas personas tienen contratos de servicio domestico, que la regulación ya sabes que es discriminatoria en relación a cualquier otro contrato de tipo laboral. La reglamentación del contrato del servicio domestico tiene unas características discriminatorias en general en España, en relación a otro tipo de contrato laboral de persona asalariada. Eso para empezar, eso habría que comentarlo bien, el régimen del servicio domestico” (E13).

Respecto los prerrequisitos requeridos para acceder a los cursos, se puede afirmar que son básicos: oscilan entre cumplir simplemente condiciones de tipo administrativo (inscritos en el INEM), pasando por saber leer y escribir, o tener unas habilidades básicas en el cuidado. Como lo corrobora la mujer de una Institución de formación.

“Tiene que saber leer y escribir, tener algún tipo de habilidad en cuidados. Yo creo que la gente inmigrante no se plantea si le gusta un trabajo o no. Tiene que hacerlo, tiene esa posibilidad lo hace y punto. Eso se le puede pedir a un profesional de elite. Pero ningún trabajador o trabajadora con una cualificación media puede plantearse: me

gusta o no me gusta el trabajo. Se lo puede plantear si tiene unas condiciones económicas al margen de ese trabajo que le permitan no cobrar al final del mes.” (E14).

Lo anterior refleja la asociación directa que se hace entre mujer inmigrante, pobre y necesitada, sin motivaciones distintas a las económicas. Necesidades económicas que son a la vez una de las mayores causas de deserción de los cursos reportadas por las instituciones y las mujeres, al igual que los horarios en los que son impartidos los cursos y la metodología antipedagógica usada en algunos de ellos.

“Pero el problema es que yo no tengo cómo poder comer hoy. Ese es mi problema real. Allí habría que manejar algún tipo de becas, algún tipo de ayudas. Sé que existen. Hay algunos que vienen ya becados, que son cantidades pequeñas, pero sí que ayudan. Sobre todo porque estás analizando las características de la población. Y luego, habrá gente que lo deje porque habrá encontrado trabajo. Y habrá otra gente que lo deje porque es conciente de que le están tomando el pelo”. (E12)

3.3 La Propuesta De Formación: Desde Lo Teórico a Lo Metodológico

El presente proyecto de investigación, enmarcado dentro de los planteamientos de “La pedagogía Liberadora” de P. Freire, plantea como uno de sus objetivos, identificar las características particulares de los sujetos educandos, sus potencialidades y necesidades, así como los contextos de integración socio-laboral en los cuales se inscriben, para lograr acorde con ello, definir la formación más idónea en el área de la salud y el cuidado, en este caso.

Para la pedagogía “liberadora”, el individuo, se concibe con capacidad para transformar su entorno socio-cultural a partir de un proceso de “concienciación” (desde la formación), que a través de un conocimiento crítico le permite descubrirse así mismo y a su entorno.

Es evidente, que al ser tan variado el colectivo de mujeres inmigrantes, objeto de este estudio, respecto a su nacionalidad, edad, clase social y características psico-afectivas, no solo existan en ellas diferentes tipos de cualificación académica, sino, además, un bagaje socio-cultural y unas formas de relación propias de sus entornos de origen. Todas estas, se consideran entonces como condiciones fundamentales para tener en consideración a la hora de formular un curso de capacitación, si seguimos los planteamientos de Freire (Requejo, A; 2003) donde se debe partir de la realidad del sujeto para relacionarlo con las condiciones sociales, políticas y económicas del entorno.

Es importante destacar que as mujeres inmigrantes, llegan a España con diferentes niveles de cualificación que han adquirido en sus países de origen; desde una educación básica-primaria, hasta un nivel alto de especialización en sus profesiones. Este punto es definitorio, en cuanto implicaría la necesidad de definir diferentes niveles de formación acordes con las “condiciones de entrada” más o menos calificadas, en pro del objetivo de formación al cual se pretenda llegar. La caracterización de dichas condiciones, evitará por un lado generar falsas expectativas en el educando sobre lo que pueden llegar a aprender y a la vez evitará la frustración que pueda llegar a tener algunas mujeres, con poca preparación, ante una sobre exigencia, o en las mujeres que ante una sobre cualificación, deban asistir a cursos que no son de su nivel. Esta congruencia entre cualificación previa y programa de estudios, disminuirá el rango de deserción de los cursos, manteniendo la motivación de los educandos en su proceso formativo.

Al respecto la coordinadora de los cursos de formación de una ONG que trabaja con inmigrantes afirma:

“No, yo creo que los cursos son los que tienen que tener las características especiales, ¡No ellas! Es decir, tú le estás pidiendo a una licenciada de derecho que tiene que cuidar o limpiar, etc.... Pero los cursos tienen que tener en cuenta eso, porque además tú las vas a insertar. Le estás dando un curso para insertarse en un mercado laboral que no se ve, va a seguir en situación irregular. Es decir, hay que manejar muy bien que tú le estás dando una formación para desarrollar una actividad, pero no podemos olvidar que ella es una persona. No es una mano de obra barata. Es una persona. Que tiene una complejidad enorme por su situación, y esto debería entrar en estos cursos. (E12).

A continuación señalaremos los contenidos del programa de estudios, la metodología y las características de los cursos de formación para mujeres inmigrantes en el área de la salud y el cuidado, con miras a su inserción en el mercado laboral; basadas en los discursos de los diferentes actores educativos (instituciones, hacedores de políticas y mujeres inmigrantes).

Las propuestas realizadas surgen del análisis de las carencias y las buenas prácticas reportadas dentro de la formación que actualmente se imparte desde las entidades públicas y privadas, con miras a lograr que la proyección de esta propuesta innovadora de formación, disminuya el rango de deserción de las mujeres en la asistencia a estos cursos, aumente el interés por el ingreso y facilite su entrada al mercado laboral en respuesta a la demanda actual en España.

3.3.1. Sobre el curriculum

3.3.1.1 Contenidos preparatorios para la incorporación al mercado laboral

Estos contenidos apuntan a la necesidad de conocer el contexto en el cuál las mujeres van a desarrollar sus trabajos. Conocimientos que les permitirán ser sujetos de derechos y deberes, de empoderarse ante una realidad distinta, exigiendo de ella un trato digno e igualitario. Solo a través de un conocimiento crítico sobre el entorno se puede salir de dinámicas opresoras que mantienen un mercado laboral sumergido, en el que las mujeres desconocen sus derechos. Como señala Freire (1986) “En la formación no separo la capacitación tecno-científica del educando, de los conocimientos necesarios para el ejercicio de su ciudadanía”.

El modelo cultural español en el área de la salud

Dentro de los discursos se hizo referencia a un modelo cultural, tanto de formación, como de las relaciones que se establecen dentro de los ámbitos laborales de la enfermería y la salud en España. Se destaca la existencia de un “currículum oculto”, de una manera de

relacionarse particular y específica de la cultura española, que debería ser incluirse dentro de un curso de formación.

“Y entonces, digamos que tenemos un modelo cultural de formación, que se ha arraigado aquí en el contexto español. Quien venga de fuera, sea de dónde sea, debe conocer ese contexto. Yo creo que hay un modelo cultural de enfermería. Aquí hay una forma de trabajar. Una forma de relacionarse con los pacientes y su familia. De relacionarse entre las compañeras y de relacionarse con otros profesionales: los médicos. Que es un modelo propio. (E11)

En este sentido se plantea la necesidad de realizar procesos de inducción donde se sensibilice a las mujeres sobre las diferentes pautas de comportamiento, los códigos lingüísticos, y las dinámicas de relación tanto con sus compañeros, como con las personas a las que prestaran el servicio. El conocimiento de esta realidad podría permitir que en las mujeres disminuya el impacto causado por el choque entre “las maneras de hacer y ser”, en el momento de insertarse en un nuevo ámbito laboral.

“Nosotros no tenemos el mismo carácter, solamente el tono con que te lo dicen puede que a ti te ofenda y su intención no es la de ofender, sino su forma de ser. Somos (las latinoamericanas) más sensibles, más expresivas. Pero mis compañeras que tengo aquí, quizás me dicen cosas, y yo no lo tomo a mal porque yo sé cómo son ellas. Yo ya las entiendo. Pero para llegar a ese punto tienes que pasar mucho, para llegar a entenderlas” (EM3)

Conocimientos sobre las diferentes vías de acceso laboral al Sistema Sanitario español

A lo largo de las entrevistas se evidencia una carencia en cuanto al conocimiento de las mujeres y en muchos casos la no claridad por parte de las instituciones, sobre los perfiles requeridos para insertarse en un nivel u otro del Sistema Sanitario español, y a su vez entonces, a los niveles de formación necesarios para acceder a él.

Tal es el caso de una mujer peruana que al realizar un curso de 8 meses en “Auxiliar de Enfermería”, obtuvo una certificación que no correspondía con su expectativa de ingreso al Sistema Sanitario Público Español. Su expectativa iba en contra vía a lo que el curso le permitía en el momento de acceder al mercado laboral. Así lo relata:

“Mi queja ya la puse en todos lados: que el certificado no sirva para trabajar (en entidades públicas). Pero bueno nosotras ya hicimos una formación, que creo que nos vale para trabajar...No te pueden decir que no estás apta para trabajar aquí. Pero bueno eso ya lo pusimos en nuestras quejas, en todos lados. A ver si nos hacen caso”. (EM3)

A propósito una enfermera de la Escuela de Sanidad Pública se refiere a la necesidad de profesionalizar cualquier tipo de formación en el área de la salud y el cuidado, con miras a que las mujeres preparadas en ellos, puedan ingresar en el circuito regulado por el Sistema de Salud Pública español, donde las expectativas de las mujeres estén acordes con su posibilidad real.

“Yo personalmente sí que estoy de acuerdo que hay que hacer esa cualificación, pero en la formación profesional que está regularizada, y a las que ellas deberían prepararse para optar a la formación profesional de rama sanitaria. Donde están todas las diferentes variaciones que hay ¿no? Está auxiliar de enfermería, está técnicos de laboratorio, de radiología, de nutrición etc. Lo ideal sería ver estos cursos, que se puedan organizar... Cómo establecer los requisitos mínimos para que ellas puedan optar posteriormente a lo que está reglamentado, ya que eso es lo interesante, para que tuvieran las titulaciones y los requisitos españoles. Porque sino la inserción va a ser mucho más complicada. Sin embargo, yo creo que si que me parece muy importante intentar desde las organizaciones, bueno, pues ofertarle diversas posibilidades. Pero siempre pensando en la formación profesional para que ellas puedan meterse en ese circuito. No sé si la formación profesional requiere que tengan nacionalidad española o no. Pero habría que trabajar estos temas porque es una formación como otra cualquiera. Habría que mirar eso.”

Legislación Laboral vigente en España

Los discursos institucionales referenciados a lo largo de las entrevistas, hicieron énfasis en la necesidad de incluir un módulo sobre la legislación laboral española, con el fin de que las mujeres conozcan sus derechos y deberes en los diferentes tipos de contratos, a través de los cuales se vincularan al mercado laboral. No es nuevo para los análisis de las migraciones en España, la existencia de dinámicas de explotación e infravaloración de las personas inmigrantes, sobretudo las mujeres, a la hora de desempeñar sus trabajos, que en muchas ocasiones les exigen jornadas laborales extensas, baja remuneración, entre otras, como lo señalado al inicio del informe.

“Los cursos tienen que ir con toda una legislación, toda una información sobre la legislación vigente actual, en temas de trabajos en España. Pero si me vas a insertar en trabajo, sin conocer mis derechos y deberes, me estás avocando a una mano de obra barata, sin conocimientos del mercado laboral. -Si cotizas tienes esto. -Tu obligación a cotizar es por esto. -Tú con esto consigues todo esto. Tienes unos derechos y unos deberes. Y eso, aquí, no se maneja tanto en los cursos de formación.” (E12).

3.3.1.2 Contenidos Psico-sociales

Se evidencia en los actores educativos entrevistados, la necesidad de una educación integral, que no de respuesta únicamente a lo relacionado con el conocimiento teórico-empírico sobre la salud y el cuidado, sino que también apueste por la construcción de espacios donde las mujeres, en tanto su condición de inmigrantes, puedan expresar y procesar las cargas psico-afectivas propias de un proyecto migratorio.

Autoestima

En algunos casos, las mujeres inmigrantes se ven en la obligación de desarrollar trabajos que están muy por debajo de su cualificación académica y de su experiencia. Trabajos que a veces les resultan denigrantes y que jamás pensaron tener que realizar en sus países de origen.

Esta situación puede impactar de forma negativa en su autovaloración, manteniéndolas en una situación de desventaja, en la que incluso pueden llegar a convencerse de que no están capacitadas para realizar trabajos más cualificados. Convirtiéndose la baja autoestima generada por estas dinámicas en una de las razones para mantenerse inmersas en nichos laborales segregados y atomizados, al que han entrado por necesidad, no por libre elección, y del que les resulta difícil salir: “Una de cada cinco lo ha conseguido, pero la mayoría permanecen en él, en contra de sus aspiraciones”. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001)

Plantea una mujer peruana: “Que te enseñen autoestima, por ejemplo. Yo he visto muchísimas mujeres, incluida yo, que estamos con el autoestima muy baja. Eso sí que me gustaría muchísimo tratarlo o solamente tener el lugar adecuado donde expresarme. ¿Me entiendes? No con mi compañera de trabajo, que no sé cómo lo va a tomar, sino un lugar específico, una profesional para eso”. (EM3)

La baja autoestima está directamente relacionada en los discursos de las mujeres y las instituciones, con las falsas expectativas que traen las mujeres en el momento de realizar los cursos, como lo señalamos anteriormente. Factor ligado a su vez al nivel de cualificación previa de las educandas, en contraposición al tipo de trabajo que terminan desarrollando, o a los contenidos de los cursos.

Una representante institucional, señala: “Es muy importante trabajar en estos cursos el tema de la autoestima. Dónde se van a encontrar, dónde van a trabajar. Es decir, no podemos crear falsas expectativas”. (EI2)

Elaboración del duelo migratorio

En algunas entrevistas, se evidencian los procesos de duelo que deben asumir las mujeres inmigrantes, el dolor de dejar su patria, su familia, su lengua y sus costumbres. Proceso que puede convertirse en un factor de vulnerabilidad a la hora de trabajar en el área de la salud, donde la labor se enfoca hacia el cuidado de otros, en la responsabilidad de hacerte cargo de “otros” cuando los “tuyos” los has tenido que dejar.

Como lo señala la encargada de los cursos de formación para mujeres inmigrantes de una ONG: “Por ejemplo, en el cuidado a niños, cuando a lo mejor, lo están desarrollando mujeres que han dejado a sus hijos allá, con lo cual, se produce un tema de abandono muy, muy fuerte. Puede producirles verdaderos desequilibrios a sus cuidadores”. (E12).

Sobre lo que para las mujeres inmigrantes implica dejar su patria una mujer colombiana, refiere: “Porque no nos digamos mentiras, pero es que en este cuento de la inmigración también hay que elaborar ese duelo de dejar la patria. Y todas nosotras tenemos nuestra tristeza y esa amargura de haber dejado nuestra tierra. Ni con todo el proceso que vives, que te empiezas a sentir ciudadana del mundo. Pero en un rinconcito está ese dolor de no estar allá para seguir construyendo sueños... Entonces, sería interesante que las mujeres inmigrantes, tuvieran ese espacio, que se hiciera otro curso, como para que hubiera un espacio donde ellas pudiera procesar el venirse. El estar aquí”. (EM2)

3.3.1.3 Contenidos sobre salud ocupacional

En la misma línea de educación integral, se plantea además de la importancia del ámbito psico-afectivo, la importancia de la salud ocupacional para las personas que trabajan en el área de la salud. Factores como el stress, las posturas a la hora de realizar su trabajo, las normas de seguridad, etc.

La representante de una ONG afirma al respecto: “Y cuidados al cuidador. Es decir, ahí también hay un apartado que es de educación para la salud. No podemos olvidar en trabajos de cuidadores, el cuidado de estos cuidadores. Nosotros creemos que eso es súper importante, porque normalmente en muchos casos se trabajan en situaciones muy límites: 24 horas, de lunes a domingo, con lo cual, cómo no manejes eso...por ejemplo, cuidado a niños”. (E12).

Se propone entonces para los cursos de formación un modulo en el que se desarrollen las formas optimas de realizar un trabajo, en el que la exigencia física es muy alta, con

el fin de evitar accidentes laborales, tanto de las mujeres como de los pacientes. Este tipo de módulos los referencia una mujer colombiana que trabaja en una empresa prestadora de servicios: “Y eso, XXX lo tiene prohibidísimo, que alguien trabaje de rodillas, eso está prohibido. Hay muchos parámetros para trabajar. La escalera hay que subirla hasta cierto punto no más, porque si se caen entonces hay un accidente muy grave. Trabajos agachadas, nada. Coger peso, nada. Bajar ventanas, nada”. (EM1).

3.3.1.4 Contenidos en nuevas tecnologías sanitarias y de la información

La inclusión de este tipo de contenidos, obedece a la necesidad de nivelar o ajustar los conocimientos previos de los y las inmigrantes, para aprender a manejar de forma adecuada aparatos específicos usados en los centros médicos o de Atención en España. Muchas mujeres pueden llegar con un conocimiento alto en lo teórico incluso en lo práctico, pero no en los aspectos técnicos de la salud.

Al respecto, la docente de la UCM, señala: “Los contenidos deberían adecuarse a lo que ellas ya saben, lo que han vivido. Hombre, yo veo que hay una cosa muy básica, bastante común, es el manejo de aparataje (sic), de nuevas tecnologías. (E11)

Sobre el uso de las nuevas tecnologías para el desarrollo de los cursos de formación, se presenta una contradicción en las preferencias de las mujeres sobre las diferentes metodologías utilizadas. Así unas prefieren los cursos on-line, donde se necesitaría indiscutiblemente el uso de estas nuevas tecnologías. Otras prefieren los cursos presénciales.

Podría ser esto interpretado desde los distintos niveles de formación de las mujeres entrevistadas, donde la que afirma su preferencia por los cursos on-line, tiene un mayor nivel de cualificación, así como una posibilidad de acceder a ordenadores, Internet, etc.

No se quiere decir con esto que no sea importante y necesario que las mujeres se capaciten en el uso de las nuevas tecnologías, sobretodo cuando estamos en una dinámica de producción veloz del conocimiento, en un mundo globalizado donde la información circula de manera vertiginosa. Lo que es fundamental tener en cuenta son las limitaciones que tienen algunas mujeres para acceder a las nuevas tecnologías, aspecto que el curso de formación debería suplir.

La representante de la Escuela Nacional de Sanidad afirma: “No, no, no, en in situ, in situ. Porque a distancia, la gente que está en esa condición se complica mucho más, porque no tendrán ordenador, ni mail”. (E13)

3.3.1.5 Nivelación de idiomas

Con miras a capacitar a las mujeres para la inserción laboral, se evidencian opiniones opuestas en las entrevistadas respecto a la dificultad, o no, que tiene no saber el idioma español. En consonancia se observa la misma contradicción a la hora de incluir en los cursos un módulo de nivelación del idioma para las mujeres inmigrantes que no lo tienen como lengua materna.

Señala una mujer colombiana, refiriéndose a sus compañeras de trabajo: “Pero las de Marruecos son más poquitas, por la dificultad en el lenguaje. Esta semana me encontré como dos polacas que también trabajan ahí. De Europa del Este me parece que también hay, pero son más poquitas”. (EM2)

Sin embargo, la representante de una Institución de Formación no ve ningún problema en cuanto a la diferencia de idioma, enfatizando que ante la necesidad de un empleo y la alta demanda laboral para las cuidadoras de [ancian@s](#), el aprendizaje de las mujeres es muy rápido: “Normalmente no hay tanta limitación a la hora de comunicarse en castellano hablando de marroquíes, de Guinea y algunas de países del este. Son mujeres que la necesidad les hace aprender el idioma de una manera vertiginosa. Y a la hora de encontrar trabajo creo que no les ha imposibilitado. Las residencias de ancianos demandan, van acogiendo muchas trabajadoras. (EI4).

Resulta interesante contrastar la necesidad de la capacitación del idioma castellano, con el tipo de trabajo que éstas mujeres realizan, donde parece que la comunicación fluida no es una habilidad que ellas deban desarrollar para desempeñar de forma adecuada sus labores. Es decir, si se percibe que el trabajo es para el servicio doméstico, pues dentro de las exigencias que se hagan a las mujeres no se considerará importante el dominio del idioma. Esta no exigencia se evidencia en el tipo de prerrequisitos que se les exigen a las mujeres para acceder a algunos cursos básicos.

“No (hay cursos de español), porque a XXX lo que le importa es que limpien. Y una mujer para que limpie no necesita hablar español. Simplemente me imagino que las señoras les harán unas señitas y ellas empezarán a limpiarles la casa. No hay clases de español”. (EM2)

Las contradicciones muestran el statu quo imperante, donde se sostiene la asociación directa entre mujer inmigrante y servicio doméstico. Cuando tod@s sabemos que el desconocimiento del idioma además de ser un limitante obvio en los procesos de formación, es una barrera absoluta para acceder a cualquier tipo de información por básica que esta sea, y por ello uno de los más grandes obstáculos para la integración socio-laboral de los inmigrantes.

3.3.1.6 Contenidos referidos a las necesidades de las personas dependientes

De acuerdo con la alta demanda del mercado laboral español para el cuidado de ancianos, y en tanto esto, a la gran posibilidad que ven las mujeres inmigrantes de insertarse laboralmente de forma rápida a través del cubrimiento de estas plazas, se reportó por parte de ellas la necesidad de formarse en aspectos específicos de esta población. Así lo afirma una mujer peruana: “Vimos muchas cosas, patologías, infancia, enfermedades de la mujer. Dedicamos un tiempo a los ancianos, porque la realidad es que cuando te dedicas a esto sabes que la salida ahora mismo es una residencia geriátrica”. (EM3)

A continuación se citaran los aspectos más relevantes anotados por las entrevistadas, para lograr una formación adecuada a las demandas que se les hacen en el cuidado de la población anciana española.

Conocimientos sobre los pacientes y su entorno

Se reportó por parte de algunas instituciones la necesidad de incluir dentro del currículum asignaturas que definan una caracterización de la población objeto de atención, considerando aspectos de su entorno, sus espacios vitales cotidianos, entre otros, para procurarles una vida más amable. Se enfatiza en este sentido que no importa cuál sea la población objeto dependiente. El curso debe explicitar de entrada hacia quién estará dirigida la atención: ancianos, infantes, o discapacitados, y coherente con esto, plantear una formación especializada para cada caso.

“Luego tendrían que trabajar sobre qué son las personas dependientes, qué necesidades tienen y cómo abordar a las personas dependientes en España.Cuál es la situación. Bueno pues generalmente son menores de edad, pequeños, o ancianos o personas que tienen algún tipo de enfermedad, de discapacidad. Entonces bueno, pues ya requeriría cómo ayudarles para hacer las actividades de la vida cotidiana. Es decir, las que cualquier familiar pudiera hacer, sin la necesidad de un cuidado más técnico o profesional, que ya sería las que definirían en este caso los servicios sanitarios. Pienso que eso sería un poco ese modulo. Y luego pues tendrían que conocer un poco pues el hábitat, la vivienda, cómo organizar la vivienda para que fuera una vivienda o un entorno en la que la persona dependiente pudiera manejarse con un mínimo de ayuda, con la ayuda necesaria para no hacerla más dependiente.(EI3).

Dentro de la caracterización de la población anciana española, se destaca la importancia de conocer la historia del contexto en el cual crecieron, para este caso, la guerra civil española, comprendiendo así sus condiciones psico-afectivas, y las secuelas que los procesos de guerra dejan en la población.

Al respecto, opina una mujer colombiana: “Y lo que les decía ahora, hay muchas mujeres que tienen secuelas porque lo que ha sufrido en su vida anterior. No han elaborado duelos, porque no han tenido posibilidades. Porque la salud mental es muy deficiente. Aquí no hay atención psicológica adecuada, simplemente los remiten a salud mental y los remiten al psiquiatría que los atiborre de medicamentos y listo”. (EM2)

Conocimientos básicos sobre salud mental y patologías asociadas

La necesidad urgente de este tipo de formación se constata en las estadísticas sobre el alto porcentaje de personas con Alzheimer o algún otro tipo de demencia dentro de la población de ancianos españoles. Los conocimientos reportados por las mujeres acerca de este tipo de patologías son muy deficitarios, en tanto señalan que ante un caso de demencia no saben como manejarlo.

“Cursos por ejemplo para el cuidado de personas con Alzheimer. En este (curso), por ejemplo se suele trabajar lo que es un anciano. El cuidado del anciano. Qué cosas se tienen que tener en cuenta, qué tipo de tratamiento, cómo hay que dar la medicación, etc.”. (E12)

Sin embargo desde las instituciones que imparten la formación se asegura que existen contenidos que abordan esta problemática. Se tendría que evaluar el nivel de profundidad y la preparación para el “hacer”, pues las mujeres sienten que no son suficientes las herramientas que tienen para manejarlo.

“Los cursos que hemos preparado aquí contemplan un poco todo. Si las mujeres van a una residencia y tienen que tratar a un enfermo que tiene Alzheimer no las pilla de susto porque eso entra. Lo mismo si es un anciano que tenga demencia senil y le da con agresividad, también entra dentro del contenido del curso”. (E14).

Se propone así un enfoque interdisciplinario en el momento de analizar la problemática para el diseño del curso. Lo señala una mujer colombiana que trabaja actualmente en el cuidado de ancianos: “Para que las diferentes disciplinas puedan aportar muchos elementos, porque los psicólogos tienen mucho que decir. Desde la sociología también habría mucho que decir. Porque no es gratuito que aquí haya tanta, tanta, tanta gente sufriendo esa enfermedad. Eso no puede ser gratuito, yo creo que a eso hay que ponerle seriedad en la investigación. No solamente los médicos tiene algo que decir ahí”. (EM2)

3.3.1.8 Primeros Auxilios

Otro modulo propuesto por las mujeres inmigrantes es el de la atención en primeros auxilios. Reportan que muchas veces por la falta de estos conocimientos básicos, los pacientes con afecciones simples que ellas podrían controlar, terminan agravándose con complicaciones que requieren una atención de “una verdadera enfermera”.

“Pues mira, por ejemplo, primeros auxilios, pero que no sea básico, que no sea simplemente tomar presión. Que sea profundo. Donde las mujeres puedan detectar enfermedades más allá...Lo ideal sería que se tuvieran conocimientos de primeros auxilios, porque me he encontrado con unas cosas tan lamentables, como, llegar y encontrar a un señor con una herida que se la habían podido evitar... Pero por no tener el conocimiento suficiente, entonces las victimas vienen a ser las personas mayores. Por eso, yo soy tan crítica con eso de la atención. Sigo poniéndolo entre comillas... ¿Pero en qué sentido atender? A manejarlas, a desplazarlas. ¿Pero lo otro?, es que esas cosas las hacen las enfermeras de los centros de salud, (EM2)

3.3.1.9 Nutrición

Se señala como un elemento importante dentro del cuidado básico de las personas dependientes, los conocimientos sobre nutrición y dietética, que apunten a hábitos alimenticios sanos de acuerdo a la edad y condiciones de salud del paciente, como lo indica una mujer inmigrante entrevistada: “Otro curso importantísimo sería el de culinaria. Pero no la culinaria desde el punto de vista de aprender a hacer comidas, sino una culinaria desde el valor nutritivo de los alimentos. Preparar recetas, pero también sabiendo que esas recetas se van a hacer porque hay una dieta equilibrada”. (EM2).

3.3.2. Metodología de los Cursos de Formación: Enfoque y estrategias

Las mujeres inmigrantes en su formación básica, tanto en la escuela como en su familia, han desarrollado una lógica de pensamiento particular, un “modo de conocer y aprender”, inscrito en unos códigos socio-culturales que les permiten desenvolverse en el ámbito social en el cual han crecido. Sin embargo, pareciese que al llegar a España, esta lógica debe “adaptarse” o “acomodarse”, en algunos casos hasta “reemplazarse” (dependiendo de la exigencia del entorno), por la usada aquí. Situación que transgrede la posibilidad de un planteamiento metodológico que responda con éxito a sus maneras de apropiarse del nuevo mundo que las rodea, y así ser reconocidas como sujetos pensantes, propositivos y capaces.

Por ello se plantea que para obtener el éxito en los procesos de enseñanza – aprendizaje con mujeres inmigrantes en el área de la salud y el cuidado en España, es fundamental reconocer sus maneras de apropiarse del conocimiento, para generar estrategias metodológicas claves, acordes con estas. Tal y como lo afirma Freire (1989) dentro del planteamiento de la “pedagogía liberadora: “Uno debe respetar los niveles de comprensión que poseen los educandos de su propia realidad, tratar de imponerles la propia comprensión en aras de la liberación, implica aceptar soluciones autoritarias como caminos hacia la libertad”.

Nos lo evidencia la docente de la Escuela de Enfermería de la UCM, cuando se refiere al modo en el que algunas estudiantes inmigrantes aprenden:

”Mira, yo he notado una dificultad pero no la tengo comprobada. Me parece a mí, que su sistema de comprensión a veces es diferente. Y entonces es gente que quizás no tiene un buen rendimiento académico. No es porque no tenga capacidad intelectual, que la tienen. Que claramente se ve que la tienen. O no es porque no tengan formación, no sé si el bachillerato puede haber sido un poquito más deficitario, no lo sé. Pero de repente, notas que la comprensión de cuestiones, quizás, más abstractas...Y luego otra cosa importante, es que la expresión verbal de esos conocimientos es una limitación grande”. (E11)

Se muestra así, una conciencia desde las instituciones, de que las diferencias culturales implican un modelo de aprendizaje distinto. Aún así, este aspecto no es tenido en cuenta ni en el modelo de enseñanza, ni en la forma de evaluar. Se mantiene así el rasgo “homogenizador” de la educación impartida por la “cultura dominante”. Una mujer inmigrante, que ha participado en cursos de formación así lo expresa:

“Pero lo hacen de una manera antipedagógica. Aquí el método es más que todo la memoria. Es sobretodo memorizar, pero no es el sentido crítico de la gente. Es muy

distinta a la metodología que nosotros tenemos en ese sentido. Entonces a mí me llamaron a ese curso, pero yo no me aguante, que sábado y domingo me tuviera una señora sentada oyéndola leer, oyéndola hablar. Yo me moría de las ganas de decirle: - ¡Mira!!! Que te paguen, que te paguen a ti y yo doy este curso! Préstame todo eso y yo se lo dicto! Yo me dormí. No, no, no fue horrible. Al otro día no volví, yo no volví. No fui capaz, no fui capaz”. (EM2)

En el marco de lo anterior se plantearon por parte de los actores educativos (Mujeres-Instituciones) algunos aspectos, que podrían incrementar el acceso de las mujeres a los cursos de formación, disminuir el porcentaje de deserción y terminar con éxito los mismos.

3.3.2.1 Presencia de Mediadores/as interculturales o pares educativos

La enseñanza de pares, es una estrategia pedagógica que facilita el proceso de aprendizaje, en tanto reconoce la necesidad de una mediación que integre las “formas de conocer” del educando, así como sus mismos códigos de comunicación. Generan, además una dinámica de identificación entre los actores educativos que impacta positivamente el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Se parte del reconocimiento de que la mujer mediadora social ocupa un lugar estratégico en la sociedad que le permite a la vez recibir informaciones de carácter científico e institucional, y transmitir las de forma comprensible y eficaz a determinados colectivos sociales, que de otra manera o no recibirían las intervenciones o no estarían en condiciones de asumirlas, codificarlas y utilizarlas. (Gomas Domingo, 1989). Codificaciones, y comprensiones que se hacen más rápidas y fáciles desde lenguajes compartidos.

Desde una ONG se hace referencia a la importancia de su experiencia con pares educativos: “Y luego, normalmente si tuvieras la posibilidad de que hubiera una par....Una par que es una mediadora, una igual a ellas que habla su idioma y tiene sus costumbres, etc. Eso sería ideal, pero es muy complicado. Hay una parte que la puede dar un par, una parte, pero hay otra parte que no. Porque claro, tú manejas algunos temas, pero hay que ser muy conciente que aunque yo tenga la misma nacionalidad que tú, que lleve más tiempo que tú, esto no me habilita...hay alguna parte que yo no la sé. Y no es que no la sepa, es porque no tengo los conocimientos de ginecología, o la perspectiva de género. Deben tener una formación previa. Yo creo que se tiene que hacer el tandem en eso ya. Ni darle todo el protagonismo a esta mediación, ni que no estén. Yo creo que tiene que ir a la par”. (EI2)

La formación de pares educativos nos presenta un ahorro comunicativo. Es propio de los grupos construir los mismos lenguajes, fortalecer los vínculos desde los símbolos

sobre los cuales se tejen redes que dan pertenencia, pero también conceden diferencia.

“Nosotros, en los cursos de mujeres marroquíes, si no recuerdo mal creo que se tomó alguna medida. Se utilizaba una mediadora que ayudaba en la traducción”. (E12).

3.3.2.2 Sobre las Prácticas:

Las prácticas están concebidas como una forma de aplicar los conocimientos teóricos, adquirir experiencia en el campo y sobre todo como una manera de insertar a las mujeres en posibles ámbitos laborales. Procesos que requieren la coordinación Interinstitucional y la construcción de alianzas que permitan garantizar estos espacios de prácticas con miras a la vinculación laboral.

“Tienen que hacer prácticas. Entonces, la practica procuramos, junto con la persona que lleva un poco la coordinación técnica del curso a nivel de contenidos, procuramos que las practicas sean en lugares donde pueda haber luego una inserción”. (E14).

3.3.2.3 Procesos de Seguimiento:

Los procesos de seguimiento de los cursos plantean en dos niveles. El primero hace referencia a la calidad de la formación, en tanto sea efectivo para una posterior vinculación de las mujeres al ámbito laboral. Al respecto se afirma:

“No sirven solamente cursos de empleo sino tienes bolsas posteriores de empleo, o si luego no haces un buen un seguimiento de los cursos. O cómo el curso ha incidido en la inserción tanto en el mercado laboral visible como en el invisible. Yo creo que se debe hacer todo ese seguimiento a cualquier curso de formación para la inserción”. (E12)

El segundo nivel denota la necesidad de un acompañamiento o tutorización que de soporte a las mujeres inmigrantes, tanto personal, como académicamente, en consonancia con sus características particulares como colectivo.

“Seguimiento al contenido. Un curso para mujeres inmigrantes o para inmigrantes sin un seguimiento y tutorización individualizado se cae, porque la gente tiene problemas cotidianos tanto aquí como en el país de origen, que le pueden llevar a un desbordamiento y a una necesidad económica que la inmigrante siempre tiene”. (E14)

3.3.2.4 Clases presenciales mayoritariamente

Una de las mujeres entrevistadas señala que es necesario que los cursos se impartan de forma presencial, pues “porque lo que te entra por los ojos es lo que te va a quedar” (EM3).

Se relaciona la importancia de la clase presencial con la temática abordada, que requiere la consecución de habilidades específicas a través de “prácticas”, que no se podrían lograr a través de un curso a distancia. Así, se afirma que el curso debería tener una combinación de estrategias pedagógicas: presenciales, por lo señalado anteriormente, y otras On-line con el fin de promover la educación permanente y la actualización constante del conocimiento de punta.

Desde una institución se afirma: “Yo creo que sí. Yo creo, que la presencial en este caso integra más a las personas porque comparten. Si no toda, una parte debe ser presencial. Siempre hay una parte no presencial porque siempre tendrás que estudiar. Pero yo creo, que como además, son cursos orientados mucho a la práctica, a las habilidades, pues entonces, tiene que haber un tiempo, un espacio práctico. Donde la gente pueda ensayar, entonces todo eso no lo puedes hacer a través en un ordenador. Lo tiene que hacer con la presencia en un trabajo, haciendo unas prácticas”. (E13).

3.3.2.5 Los horarios

Debido a las largas jornadas de trabajo de las mujeres en el área de la salud, así como la condición de pluriempleo, en algunos casos, o a su interés por tomar cursos en áreas diferentes, para abrirse otras opciones en el campo laboral; los horarios de los cursos de formación deben estar programados a partir de sus necesidades. Es decir, los cursos deben ser o los fines de semana o en las noches, horarios a los que ellas podrían asistir. Como se señaló dentro de las realidades actuales de las mujeres en los cursos de formación, una de las razones por las cuales los abandonan es porque en los horarios en que se dictan no coinciden con su disponibilidad.

“Yo no he tenido tanta deserción en los cursos por una sencilla razón: Los cursos los ponemos o bien sábado o domingo, el día entero. Y si es día de semana, el curso se realiza de 6 PM a 9 PM o de 9 PM a 10 PM, con lo cual la persona tiene tiempo para buscarse la vida”.(E14)

En el caso de las mujeres que ya están trabajando en el sector de la salud, se requiere que se dicten los cursos dentro de la jornada laboral, con un reconocimiento de formación complementaria al trabajo. Así lo expresa, una mujer inmigrante que trabaja actualmente en un centro de salud:

“Si trabajas por la mañana te obligan a hacer cursos por la tarde, entonces tú estas empleando parte de tu tiempo y debería ser dentro de la jornada laboral. Tener esos días libres para poder asistir a esos cursos. En la comunidad de Madrid sí que lo hacen, en la privada no. Tienes que costeártelos tú y te los tienes que robar de tu tiempo libre para hacerlos”. (EM1)

3.3.2.6 La conformación de los grupos

Es rescatable la propuesta metodológica realizada por una ONG, respecto a los criterios a tener en cuenta en la conformación de los grupos para los cursos de formación. Criterios tienen en cuenta rangos generacionales, lugares de procedencia y número de estudiantes por grupo.

“Luego de que se conforman los grupos obviamente se toma en cuenta las nacionalidades, la edad promedio y en base a eso se hace no un programa alternativo sino un programa complementario de habilidades sociales...Prioridades, cuando viene gente a hacer un curso, no es que llegaron 15 y ya esas 15 personas son las que los hacen. Normalmente y no se hace una convocatoria abierta y en base a esa convocatoria hacemos una selección. Se entrevista una a una antes de hacer el curso. Se intenta tener un grupo midium, que va entre 25 y 35 si metes a una persona de 45 bien. Pero si metes 5 de 45 y tiene 10 de 25 o 30 puedes tener ligeros conflictos. Se tiene en cuenta una midium en nivel de estudio y en entrevistas individualizadas el interés que tienen”. (EI4)

3.3.2.7 La Financiación: Gratuidad y becas

Una manera de motivar a las mujeres para que asistan a los cursos de formación es darles la posibilidad de obtener un ingreso (beca) que les permita dedicarse al proceso de formación. Ya se ha señalado anteriormente, que la precariedad de sus condiciones económicas es una de las causas más recurrentes no solo para la deserción, sino incluso para proyectar hacerlos. Así se anota desde una ONG:

“Que sean financiados puede ayudar. Que esos cursos sean becados, ayuda a que la persona aparte de aprender peluquería... además con las horas que está ahí saca seis euros, que no es nada, pero paga el metro. (EI2)

Basados en lo anterior es indiscutible que los cursos de formación deben ser gratuitos. No podemos seguir alimentando el círculo vicioso: no formación, no acceso al mercado laboral. No acceso, no ingreso, no formación.

“En Perú no lo hice porque terminé la secundaria y me vine directamente. Además, porque éramos muchos hermanos y no teníamos medios económicos. Pero aquí los dictan gratuitos. Pues lo hice” (EM3)

3.3.2.8 Alianzas estratégicas y redes sociales de soporte: una propuesta de sostenibilidad y buenas prácticas

La metodología debe estar acompañada de “un conjunto de componentes políticos, que le den un carácter interinstitucional, amplio, y con posibilidad de utilizar recursos complejos, situados en distintas áreas, que permitan que los programas de formación cumplan con el objetivo de insertar a las mujeres inmigrantes dentro del mercado laboral.

Es primordial la asociación de la sociedad civil, en especial con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que por su carácter juegan un papel estratégico y decisivo, en la implementación y sostenibilidad de este proyecto. Es decir, es fundamental la vinculación de los Ministerios de Educación, Sanidad y Consumo, Economía y Empleo, Asuntos Sociales; instituciones académicas formales, ONGs que trabajan en temas de formación e inmigración, y la mujeres inmigrantes y españolas que con sus saberes iluminen los procesos.

Se plantea entonces como una prioridad la constitución de una red social de soporte como una forma de trabajo que permite el fortalecimiento del tejido social, propiciando los mecanismos para el intercambio y el encuentro de saberes entre personas e instituciones, posibilitando el consenso y el compromiso para adelantar acciones conjuntas, efectivas y de impacto, en el marco de la corresponsabilidad.

Respecto a esta pretensión, se identificó el interés por parte de las mujeres entrevistadas en ser formadoras de otras mujeres y participar en el proyecto:

“Sí, a mí me encantaría trabajar con ellas para transmitirles sobre todo la importancia de ese trabajo. Porque yo pienso que a veces se mecaniza mucho, y que simplemente se va, se coge la escoba, la fregona y ya... Sí, sí me encantaría trabajar con otras mujeres”. (EM2)

A su vez algunas instituciones están interesadas en colaborar desde sus competencias. Por ejemplo, desde la Escuela de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid, se afirma:

“Claro, vamos, la Universidad Complutense. Sería la Escuela de Enfermería. Vamos, que yo no soy la Directora de la Escuela, esto tiene que pasar por otros estamentos. (EI1).

Desde una ONG se señala:

“Creo que si. Habría que ver mas desde el propio interés individual que como institución se pueda tener. Habría que preguntar a las otras instituciones que forman parte del proyecto si también estarían interesadas”. (E14)

CONCLUSIONES

A continuación se enunciarán los aspectos más relevantes encontrados dentro de la investigación, como una manera de iluminar el camino para la formulación de un Programa de Precualificación para Mujeres Inmigrantes en el Área de la Salud.

- La feminización de las migraciones, requiere el reconocimiento de la variable de género en los análisis de los proyectos migratorios, en el diseño de programas de formación y en la inserción laboral de los y las inmigrantes.
- Un imaginario extendido en la sociedad española sobre la mujer inmigrante como: pobre, no cualificada, no formada, las coloca en una situación de desventaja para su inserción en el mercado laboral, reduciendo sus posibilidades a trabajos relacionados con: “empleadas domesticas”.
- Otro de los imaginarios se refiere a la “sumisión” de la mujer inmigrante latinoamericana, que responde mas a un mecanismo para enfrentar la adversa situación actual en España, que como una característica inherente a su manera de ser.

Realidades actuales: Las mujeres inmigrantes en el área de la salud y del cuidado en España

En el ámbito de la Enfermería

- Las personas inmigrantes con alto nivel de cualificación universitario en enfermería en sus países de origen (licenciatura, postgrados, doctorados) no tiene el reconocimiento de esta formación, ni en su status, ni en su remuneración laboral, debido a que la enfermería en España tiene nivel de diplomado. Igualmente no pueden continuar su formación de postgrado, por la inexistencia de las especializaciones en el área.
- Se desaprovecha así un importante capital humano para la sociedad española.
- Como fortaleza de algunas licenciadas extranjeras, formadas en sus países de origen, se denota una mayor cualificación practica, debido al obligatorio un año de servicio social.

En el ámbito de Auxiliares de Enfermería

- Existe un proceso de “desprofesionalización” en la formación de Auxiliar de Enfermería en España, que obedece a la diversidad y dispersión de los cursos, que impiden una regulación y control de los mismos.

En el Ámbito de la “Atención a Personas Dependientes”

- La formación de asistentes y cuidadoras a personas dependientes también es muy dispersa y depende de los servicios sociales o las empresas que contratan estos servicios sociales.
- La formación de asistentes y cuidadoras a personas dependientes se ha desarrollado en un marco confuso entre la labor propia de cuidadora y trabajadora del servicio domestico. Dando como resultado una formación bastante específica, sin considerar temas importantes de acuerdo a la incapacidad del que se está asistiendo.
- La formación que se imparte desde las instituciones se inscribe específicamente dentro de un programa de inserción laboral, sin considerar el proceso migratorio que están viviendo y sus condiciones asociadas.
- Algunas de las entidades dentro del diseño de sus programas, afirman no incluir módulos o temáticas que propendan por la integración cultural y social de sus educandos inmigrantes, en tanto enfocan los cursos a la inserción laboral, desconociendo las características y condiciones particulares de la mujer inmigrante.
- Una de las mayores causas de deserción de los cursos reportadas por las instituciones y las mujeres, es que ante su precariedad económica, se ven obligadas a invertir su tiempo en labores remuneradas y no en procesos de capacitación.
- Otros factores ligados a la deserción son: los horarios en los que son impartidos los cursos y la metodología antipedagógica usada en algunos de ellos.

Sobre el curriculum:

- El plan de estudios y la metodología para un curso de formación como el que se pretende implementar debe ser diseñado desde la perspectiva de la mujer inmigrante que quiere y debe insertarse en el mercado laboral español. Reconociendo que el colectivo posee características compartidas, asociadas a su

condición de inmigrantes. Y por otra parte ostensibles diferencias existentes en cuanto a su cualificación académica, su bagaje socio-cultural y unas formas propias de relacionarse.

- El currículo de formación debe incluir contenidos propios diseñados en concordancia con la condición de mujer inmigrante y orientadas a la formación integral que permitan su desarrollo e integración como trabajadoras y como ciudadanas. Debe incluir también contenidos que respondan a la demanda del mercado laboral, que en el caso de España indudablemente se centra en “la atención a los ancianos”. Así el programa planteado es:

1. Contenidos preparatorios para la incorporación al mercado laboral

- El modelo cultural español en el área de la salud
- Conocimientos sobre las diferentes vías de acceso laboral el Sistema Sanitario español
- Legislación Laboral vigente en España

2. Contenidos Psico-sociales

- Autoestima
- Elaboración del Duelo Migratorio

3. Contenidos sobre salud ocupacional

4. Contenidos en nuevas tecnologías sanitarias y de la información

5. Nivelación de Idiomas

6. Contenidos referidos a las necesidades de las personas dependientes

- Conocimientos sobre los pacientes y su entorno
- Conocimientos básicos sobre salud mental y patologías asociadas

7. Primeros Auxilios

8. Nutrición

Sobre la metodología

- La metodología de los Cursos de Formación para mujeres inmigrantes en el área de la salud y el cuidado en España debe estar enfocada a las maneras de apropiarse del conocimiento, lo que implica un modelo de aprendizaje distinto. Así es necesario tener en cuenta dentro del enfoque metodológico los siguientes aspectos:

1. Presencia de Mediadores/as interculturales o pares educativos

2. Prácticas de campo

3. Procesos de Seguimiento

4. Clases Presénciales mayoritariamente

5. Los Horarios ajustados a las posibilidades de las mujeres inmigrantes

6. La conformación de los grupos

7. La Financiación: Gratuidad y becas

- La realización e implementación de este proyecto requiere el desarrollo de alianzas estratégicas para la construcción de una red social que de soporte y sostenibilidad al mismo. Se deben involucrar los sectores educativos y de la salud, que garanticen una formación coherente con las necesidades del mercado, de una forma regulada, que les de reconocimiento como profesionales del sistema sanitario. Esto debe estar en coordinación con las políticas de Empleo y de Asuntos Sociales. Políticas que deben estar diseñadas desde la información generada por las ONGs que trabajan en temas de formación e inmigración y la representación de las mujeres inmigrantes, que en últimas son los principales actores de la sociedad civil capaces de darle sentido a los proyectos.

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ, C. (1994). Administración sanitaria y sistema de salud. Madrid: Editorial Síntesis.

APARICIO GÓMEZ, R; TORNOS CUBILLO, A. (2004) *El Capital humano en la Inmigración*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas – Programa Editorial de IMSERSO

APARICIO, R. (2003). Las mujeres latinoamericanas en España: el marco legal y la inserción laboral. En: *Mujeres de dos mundos: ciudadanía Social de las Mujeres Latinoamericanas*. Comunidad de Madrid: Dirección General de la Mujer.

AGUSTÍN, L. (2001) *Mujer, inmigración y trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

COLECTIVO IOE (2000). La inmigración Extranjera en España. En: *La inmigración Extranjera en España: Los Retos Educativos*. Colección Estudios Sociales. Fundación La Caixa.

GOMAS, D. *Guía para realizar programas de formación de mediadores*. Gráficas Oggi. I edición. Madrid. 1989.

DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C (1986). *Los cuidados y la profesión de enfermera en España*. Madrid: Ed. Pirámide S.A.

FARRÉS CHAMURRO, Sol. (2002) *Vejez y sociedad multicultural*. Universidad de Sevilla en Gazeta de Antropología Nº 18.

FREIRE, P. (2003). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo veintiuno de España Editores.

FREIRE, P (2001). *Pedagogía de la Indignación*. Madrid: Editorial Morata.

FREIRE, P; MACEDO, D (1989). *Alfabetización*. Barcelona: Editorial Paidós.

GARCIA BANON, A; SAINZ OTERO, A; BOTELLA RODRÍGUEZ, M. *La enfermería vista desde el género*. *Index Enferm*, otoño 2004 vol13, Nº46.

MELLA, O. (1998). *Naturaleza y Orientaciones Teórico - Metodológicas de la Investigación Cualitativa*.

REQUEJO, A (2003). *Educación Permanente y Educación de Adultos*. Barcelona: Editorial Ariel.

El pacto prioritario y más urgente de España: atender a los millones de ancianos más necesitados. Diario *Opinión Galicia*, 10 de abril 2002.

La Ministra de Sanidad anuncia en Vigo la mejor de la Enfermería a través de las Nuevas Especialidades. Diario *La Voz de Galicia*, 10 de marzo 2004.

Recursos en Internet:

Artículo: Actualización en neurología, neurociencia y envejecimiento. Bermejo, F; Trincado, R.
<http://www.editorialsiglo.com/anne.1-2004/352-356.pdf>

Artículo: La mujer inmigrante. Cubides Martinez, O
www.ua-ambit-org.

Artículo: España es el quinto país de la Unión Europea con más ancianos
www.jubilo.es.

Artículo: La enfermería pasará a ser una licenciatura.
www.imsersomayores.csic.es/salud/jano

Universidad de Alicante
Recuento histórico de la enfermería en España.
www.ua.es

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 31 de diciembre de 2004. Observatorio Permanente de la Inmigración
<http://www.mtas.es/>