

Trabajadoras latinoamericanas inmigrantes como cuidadoras: globalización, promoción y acceso a la salud

Immigrant Latin American Workers as Caregivers: Globalization, health promotion and access to health care

Andreu Bover Bover

RESUMEN

En estos últimos años el acusado aumento de la inmigración en España está transformando nuestra realidad social, produciendo nuevos retos para el sistema socio-sanitario, pero también nuevas oportunidades para la promoción y protección de la salud de la población. Entre los colectivos más numerosos y menos estudiados están las cuidadoras inmigrantes contratadas para la atención a los dependientes en el domicilio. Con este estudio queremos explorar como los determinantes sociales de la salud, la prevención y la asistencia sanitaria recibida influyen en la salud y bienestar de las mujeres latinoamericanas trabajadoras como cuidadoras en domicilio. Este estudio es multicontextual, diseñado para 4 diversas zonas socio-lingüísticas en España (Islas Baleares y Cataluña; País Vasco; Madrid; Islas Canarias). La metodología es cualitativa (96 entrevistas semi-estructuradas) y cuantitativa (720 encuestas de calidad de vida y salud, SF-36) diferenciando los factores/variables a explorar: estatus de residencia (legal o indocumentado), visibilidad racial o no y presencia o ausencia de red familiar. La participación en el estudio será voluntaria y se obtendrá el consentimiento informado de todas las participantes. Éste será presentado al comité de ética correspondiente. Para el análisis de los datos cualitativos, se utilizará el método de análisis del discurso con el soporte informático del Atlas.ti 5.0. Para el análisis cuantitativo se utilizará una estadística descriptiva a partir de los ítems de la encuesta SF-36. Los resultados serán difundidos para grupos comunitarios de inmigración, profesionales socio-sanitarios y medio académico.

ABSTRACT

In recent years the noticeable increase in immigration in Spain has been transforming our social reality, creating new challenges for the welfare and health care systems. It has also created new opportunities for the health promotion and protection of the population. Among the biggest groups and the less studied are immigrant care givers who are hired for the home care of dependent individuals. In this study we will explore how social determinants of health, prevention and health care received influence the health status and well-being of Latin American immigrant women working like care givers in Spanish homes. This is a multi-site study, designed for 4 socio-linguistic zones in Spain: Balearic Islands and Catalonia; Basque Country; Madrid and Canary Islands. The methodology is both qualitative (96 semi-structured interviews) and quantitative (720 questionnaires SF-36) differentiating the following factors/variables: immigration status (resident or undocumented), visible minority or not, and presence or absence of family network. Participation in the study is voluntary and a consent form will be used with all participants. The appropriate ethics committee will review the project. For the analysis of qualitative data, discourse analysis will be used with the support of the software Atlas.ti 5.0. For the quantitative analysis, a descriptive analysis will be employed based on items of the SF-36 survey. The results will be shared with immigrant community groups, health care professionals, and academics.

INTRODUCCION

Esta revisión de la literatura explora el fenómeno del cuidado informal realizado por trabajadoras latinoamericanas en España. En particular, presentamos el contexto de la creciente migración mundial y su relación con la globalización económica, las características de la ola migratoria en el ámbito español, las barreras para la inserción social y económica de las personas inmigrantes y los efectos que la inmigración y la realización de los cuidados informales tienen sobre la salud y bienestar de las personas.

Los Programas de Política Internacional de Migraciones estimaron que en el año 2000 el total de la población inmigrante en todo el globo fue de 150 millones, el doble de la cantidad estimada hace menos de 40 años (Ghosh, 2002). Esta intensificación de la movilidad de personas, sobretodo trabajadores, está directamente relacionada con el actual proceso de globalización de la economía, que viene aumentando las disparidades entre las naciones ricas e pobres. Por ejemplo, la búsqueda de mayor seguridad y estabilidad de los sistemas de protección social en los países industrializados ha incrementado la demanda de trabajadores extranjeros para los cuidados de personas dependientes, al igual que en otros trabajos especializados derivados de la industrialización (Navarro, 2002). También los cambios demográficos están influyendo en las tendencias migratorias globales. Las naciones industrializadas intentan mantener el nivel de población activa laboralmente desde el exterior al ver disminuir rápidamente su propia población. Éstas y otras cuestiones globales constituyen los factores que motivan a que cada vez el fenómeno migratorio este más presente en el contexto mundial. Los y las inmigrantes salen de sus países de origen en búsqueda de una calidad de vida mejor para sí mismos y para sus familias (Gastaldo, Gooden y Massaquoi, 2005). Los países industrializados abordan este fenómeno con la aplicación de regulaciones y normas cada vez más restrictivas que pretenden controlar este creciente flujo migratorio (González, 2003), cuestión ésta que no sólo tiene efectos en el ámbito de lo económico sino también sobre las esferas sociales, culturales y de la salud de los diferentes países receptores.

Este incremento de población inmigrante ha sido especialmente importante en España donde en los últimos 5 años su cifra se ha multiplicado por cinco alcanzado a 31 de marzo del 2005 un total de 2.054.453 extranjeros con permiso de residencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales - MTAS, 2005). A esta cifra hay que sumar un número indeterminado y difícilmente calculable de personas extranjeras con estatus no legalizado que también residen y trabajan en el contexto español (Ramos y March, 2002) incluso a pesar del reciente proceso de regularización llevado a cabo por el Ministerio del Trabajo y ligado a la disponibilidad de una oferta contractual de empleo (MTAS, 2005). En España el colectivo de inmigrantes más numeroso procede del continente iberoamericano llegando al 32,93% del total, destacando entre ellas las nacionalidades ecuatoriana y colombiana (MTAS, 2005).

El fuerte cambio producido en estos últimos años en la fisonomía y constitución de la población española, incluso en visibilidad racial, está provocando en el momento actual importantes choques culturales y raciales entre las comunidades recién llegadas y las nativas, estas últimas ya de por sí con una compleja diversidad sociocultural (Jabardo, 2000), desembocando incluso en ocasiones en importantes encuentros violentos entre las comunidades tradicionales y los recién llegados. La existencia de diferentes tradiciones culturales, e incluso lingüísticas, en nuestro país produce dificultades todavía más complejas para la adaptación y convivencia de los inmigrantes (Aparicio y Torno, 2005), sobre todo en lo concerniente al desarrollo de los cuidados de salud (Moreno, 2003).

Lejos de las esferas de decisión y elaboración política, la vida de la persona inmigrante en el país anfitrión presenta importantes retos. Carballo (2001) sugiere que la inmigración afecta física y psicológicamente a los individuos; exige una ruptura con la tradición, la comunidad y la familia, los sistemas de valores culturales, el estilo de vida y las formas aceptadas de entender y enfrentarse al mundo. De hecho, los y las inmigrantes ocupan el espacio transnacional, es decir, "sus vidas traspasan fronteras nacionales y comparten dos contextos socioculturales en un solo campo individual de experiencias sociales" (Glick Schiller, Basch, y Blanc-Szanton, 1992, p.1). Además de las dificultades implicadas en la negociación de dos realidades, los y las inmigrantes deben hacer frente a la posible discriminación en sus países anfitriones (Aparicio y Torno, 2005).

Los efectos que la inmigración tiene sobre la salud son ampliamente recogidos en la literatura actual. Algunas investigaciones han demostrado cómo las personas inmigrantes tienden a tener inicialmente mejor salud que los nativos (en algunos países se requieren pruebas de salud para la obtención de los permisos de residencia), pero tras 10 años de residencia las personas inmigrantes presentan una salud más pobre y una mayor incidencia de enfermedad crónica (Dunn y Dick, 2000; Newbold y Danforth, 2003). Newbold y Danforth (2003) sugieren que la edad, el nivel de renta adecuado, el género y la propiedad de un hogar son las dimensiones sobre las cuales se diferencia el estado de salud entre inmigrantes y no-inmigrantes. Por su parte, Dunn y Dyck (2000) afirman que en relación al nivel de salud y el acceso a los cuidados, los factores socioeconómicos pueden ser más importantes para los inmigrantes que para los no-inmigrantes. Otros investigadores, por su parte, han identificado varios obstáculos en el acceso de las personas inmigrantes a los cuidados de salud, entre ellos la complejidad del equilibrio entre dos culturas, la experiencia de la discriminación, la carencia de habilidades en la nueva lengua, la necesidad de nuevo conocimiento y el esfuerzo de entender y aceptar nuevos valores (Lieberman et al., 1997). En el caso de las personas recién llegadas a España, estas mismas circunstancias se ven agravadas por la dificultad de adaptación de los sistemas sociosanitarios a las nuevas demandas generadas por la inusitada intensidad y rapidez con que se ha presentando el fenómeno de la inmigración en nuestro país (Martín, 2001). Así mismo, la dificultad de los colectivos de inmigrantes de acceso a estos sistemas de protección en el país anfitrión es otro de los obstáculos a los que los recién llegados deben hacer frente. A partir de esta situación, se hace necesario implementar cambios que orienten las iniciativas de promoción de la salud (Blázquez y Mazarrasa, 2003), así como reforzar y adaptar los recursos y servicios de salud potenciando la figura del agente de salud, además de los recursos humanos y formativos de los profesionales (Jansà y García Olalla, 2004).

El cuidado realizado en el domicilio se ve fuertemente modulado por las cuestiones de género y generación (Bover, 2004), así como por la raza. hooks (2000, p.43) denuncia estas cuestiones al asegurar que hubo un "un aumento de la desigualdad de género en los países occidentales debido a la supremacía blanca y patriarcalismo global que esclaviza y/o subordina a masas de mujeres del tercer mundo". El cuidado y servicio doméstico constituyen una de las pocas ocupaciones, y también la principal, abierta a las mujeres inmigrantes en los países receptores (England y Stiell, 1997; Rajman, Schammah-Gesser y Kemp, 2003). Pese a todo ello, no podemos obviar que la represión de la inmigración ilegal tiene lugar en una sociedad donde el 23% del PIB se genera desde ámbitos de economía sumergida (Vellisca, 2003). El servicio doméstico y el cuidado de personas constituyen una de las actividades con mayor peso en este tipo de economía al estar ligadas al género femenino, tradicionalmente considerado como no-preferente en su aspecto laboral y responsable de actividades no visibilizadas ni valoradas socialmente (Liaschenko y Peter, 2002).

El mundo de la academia no ha mostrado hasta ahora un interés especial por esta intersección entre género e inmigración, quizás en parte debido a la presunción de que habitualmente, y respondiendo al rol social de principales proveedores de la economía familiar, los inmigrantes económicos son varones, (Raijman, Schammah-Gesser y Kemp, 2003; Gastaldo, Gooden y Massaquoi, 2005). Sin embargo, en España, por ejemplo, las mujeres representan casi la mitad del total de la población inmigrante registrada durante el 2005, evidenciándose, en el caso de las comunidades iberoamericanas, incluso una creciente mayor proporción de mujeres que de hombres (MTAS, 2005). Kofman y England (1997) ya hablan de este considerable aumento de la feminización de la inmigración internacional. Una de las explicaciones que la literatura recoge para este incremento del número de inmigrantes mujeres es la creciente necesidad de personas cuidadoras y trabajadores domésticos en las naciones industrializadas (Raijman, Schammah-Gesser y Kemp, 2003). En este sentido, England y Stiell (1997) afirman que la "migración y el trabajo doméstico son parte de una solución internacional a los problemas de las mujeres dentro de un sistema económico global" (p.172). Este tipo de actividad es una de las más prevalentes entre las mujeres inmigrantes iberoamericanas, con una presencia de esta ocupación mucho más elevada entre éstas que entre mujeres de otras procedencias (MTAS, 2003). El cuidado doméstico como actividad laboral toma cada vez más fuerza en el contexto español en respuesta a las necesidades generadas por la conocida como "crisis del cuidado informal" (Rodríguez Cabrero y Monserrat, 2001), crisis derivada de importantes cambios sociodemográficos y económicos que producen por una parte una cada vez mayor la dificultad para conciliar el rol de cuidador o cuidadora con otros roles sociales y por otra una disminución progresiva del recurso informal en nuestro medio (Bover, 2004) .

La literatura describe ampliamente las grandes dificultades que las mujeres inmigrantes trabajadoras tienen en el acceso a los sistemas formales de salud (Lieberman et al., 1997) y en la expresión de las necesidades de ayuda ante las señales de riesgo para su salud física y mental (WHO, 1999). La literatura explora además la relación entre el estatus, legal o no, y la salud de las personas inmigrantes. Ante el progresivo desarrollo de barreras restrictivas a la inmigración por parte de los gobiernos de las naciones receptoras, la presencia de inmigración no legal aumenta cada año de manera preocupante (García Santalla, 2000). Este tipo de situación irregular puede verse condicionada por cuestiones de género en actividades como el cuidado o servicio doméstico. Este condicionamiento se ve estrechamente ligado al proceso de regularización para el que resulta requisito imprescindible la presencia de una oferta de empleo. En sectores de actividad con elevada proporción de economía sumergida, como el cuidado y servicio doméstico, la presencia de dicha oferta de empleo es muy limitada. Las personas inmigrantes no legales o indocumentadas no pueden disfrutar de los mismos derechos y protecciones de los ciudadanos legalmente reconocidos. Raijman, Schammah-Gesser & Kemp (2003) describen la "absoluta exclusión" (p.739) de las trabajadoras latinas como cuidadoras y trabajadoras en el servicio doméstico. Además de enfrentarse a importantes dificultades en el acceso a los servicios públicos y privados de cuidados de salud (Kullgren, 2003), las personas inmigrantes indocumentadas también presentan mayores riesgos para su salud debido tanto a sus precarias condiciones de vida (Kullgren, 2003) como a sus condiciones de trabajo (Raijman, Schammah-Gesser y Kemp, 2003). Todas estas cuestiones no son sino una clara expresión de la marginalidad de este colectivo en los países receptores. Otras investigaciones también incluso describen los peligros inherentes al viaje migratorio como ilegales (Kullgren, 2003). Sólo a modo de ejemplo, en algunos estudios sobre la salud de los inmigrantes indocumentados en España, el perfil más frecuentemente identificado entre el colectivo de indocumentados es el de mujer latinoamericana con trastornos físicos relacionados con la explotación laboral y con una pobre salud mental, presentando importantes dificultades para el seguimiento de los procesos patológicos (Estaban; 2001).

Todo esto no viene sino a evidenciar la importante presencia de este colectivo en el contexto español y su extrema vulnerabilidad. La inmigración es una de las situaciones vitales que con mayor intensidad relaciona la exclusión social, las desigualdades y la falta de salud (González Lázaro, 2004). Si a ello sumamos las desigualdades ligadas a las cuestiones de género, la irregularidad en el estatus de residencia, así como la visibilidad racial y el aislamiento social (Aparicio y Tornos, 2005; Marmot y Wilkinson, 1999; WHO(OMS), 1999), el impacto de las actividades de cuidado y servicio doméstico sobre la salud de las mujeres latinoamericanas trabajadoras puede resultar altamente negativo para su bienestar y el de sus familias. Cabrá preguntarse en qué medida el mantenimiento y los cuidados de la salud de nuestra población en general, que recaían tradicional y mayoritariamente en las mujeres de la familia, están siendo costeados por la salud de estas mujeres inmigrantes en condiciones laborales y sociales potencialmente precarias, al converger en ellas potentes factores que provocan desigualdad social y falta de protección de la salud. Todo esto puede de hecho tener efectos negativos no sólo sobre la salud de las mujeres inmigrantes trabajadoras como cuidadoras sino también sobre el mantenimiento y promoción de la salud de las personas dependientes y sus familias que ellas atienden, una aportación cada vez más fundamental para la salud de la población en general.

BIBLIOGRAFIA

- * Aparicio R, Tornos A. Las redes sociales de los inmigrantes extranjeros en España. Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración. Observatorio Permanente de la Inmigración. MTAS 2005.
- * Blázquez MI, Mazarrasa L. La promoción de la salud en la población inmigrada. Una experiencia en la Escuela Nacional de Salud. *Index Enferm* 2003; XII(42): 34-38.
- * Bover A. Cuidadores Informales de Salud del Ambito Domiciliario: Percepciones y Estrategias de Cuidado ligadas al Género y a la Generación (Tesis Doctoral). Universidad de las Islas Baleares 2004.
- * Carballo M. Emerging health challenges in the context of migration. In P.J. Van Krieken (Ed.), *Health migration and return: A handbook for a multidisciplinary approach*. The Hague: New York, 2001. p. 269-275.
- * Dunn JR & Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the National Population Health Survey. *Social Science & Medicine* 2000; 51: 1573-1593.
- * Esteban MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primar* 2001; 27(1): 25-28.
- * England K & Stiell B. "They think you're as stupid as your English is": Constructing foreign domestic workers in Toronto. *Environment and Planning A* 1997; 29: 195-215.
- * Garcia Santalla J. La inmigración ilegal en España. *Ciencia Policial* 2000; 52: 107-115.
- * Gastaldo D, Gooden A, & Massaquoi N. Transnational health promotion: Social well-being across borders and immigrant women's subjectivities. *Wagadu* 2005 (In press).
- * Ghosh B. La gestión de las migraciones en el siglo XXI. *Migraciones* 2002; (12): 174-204.
- * Glick N, Basch L, Blanc-Szanton C. Transnationalism: A new analytic framework for understanding migration. In Glick L, Basch C. (Eds.), *Towards a transnational perspective on migration: Race, class, ethnicity, and nationalism reconsidered*. New York: New York Academy of Sciences; 1992. p. 1-24.
- * González Lázaro A. Acerca de las personas inmigrantes y la APS. *A tu Salud* 2004; 46: 24-27.
- * González Rabanal MC. El control de las migraciones ¿uno de los retos de la globalización?. *Migraciones & Exilios* 2003; (4): 67-78.

- * Jabardo M. Migración, multiculturalismo y minorías étnicas en España. Anales del Museo Nacional de Antropología. Nos-Otros 2000; (7): 139-164.
- * Jansà JM, Garcia Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit 2004; 18(Supl): 207-13.
- * hooks b. Feminism is for everybody; passionate politics. Cambridge: South End Press; 2000.
- * Kullgren JT. Restrictions on undocumented immigrants' access to health services: The public health implications of welfare reform. American Journal of Public Health 2003; 93(10): 1630-1633.
- * Kofman E & England K. Guest editorial. Environment and Planning A 1997; 29: 191-193.
- * Liaschenko J, Peter E. The voice of home care workers in clinical ethics. HEC Forum 2002; 14(3): 217-223.
- * Lieberman LS, Stoller EP & Burg MA. . Women's health care: Cross-cultural encounters within the medical system. Journal of Florida Medical Association 1997; 84(6): 364-373.
- * Marmot m, Wilkinson RG. Social Determinants of Health. Oxford University Press: New York; 1999.
- * Martín MA. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados?. Aten Primar 2001; 28(2): 89-90.
- * Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS). Anuario Estadístico de Extranjería 2003. Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 31 de marzo de 2005. Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración. Observatorio Permanente de la Inmigración. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2005.
- * Moreno M. Inmigración hoy. El reto de los cuidados transculturales. Index Enferm 2003; XII(42): 29-33.
- * Navarro V. Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país. Barcelona: Anagrama; 2002.
- * Newbold KB & Danforth J. Health status and Canada's immigrant population. Social Science & Medicine 2003; 57(10): 1981-1995.
- * Raijman R, Schammah-Gesser S, & Kemp A. International migration, domestic work, and care work: Undocumented Latina migrants in Israel. Gender & Society 2003; 17(5): 727-749.
- * Ramos M, March JC. Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura. Aten Primaria 2002; 29(8): 463-468.
- * Rodríguez Cabrero G, Monserrat J. Modelos de Atención Sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. MTAS, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales: Madrid; 2001.
- * Vellisca O. Extranjeros en el "paraíso" europeo. El colectivo inmigrante en el mercado laboral. Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales 2003; (8):73-98.
- * World Health Organization. WHO,IOM to strengthen collaboration on migration and health issues 1999. www.who.int/inf-pr-1999/en/note99-22.htm

HIPOTESIS

El estudio en su vertiente cualitativo no contempla, por su carácter exploratorio, hipótesis a priori, aunque la revisión de la literatura ha suscitado la asunción de tres premisas fundamentales a partir de las cuales surge y se desarrolla el proyecto de investigación:

- En España la llamada "crisis del cuidado informal", derivada de cambios sociodemográficos y económicos, se ve suavizada por el efecto de la incorporación de mujeres inmigrantes latinoamericanas trabajadoras del ámbito del cuidado de personas dependientes en el domicilio.

Andreu Bover Bover

- A pesar de que inmigración y género son determinantes sociales de la salud ampliamente estudiados en la literatura anglosajona, y en menor medida en la española, la intersección de ambos factores continua siendo un tema pendiente de investigación. Hay que añadir a estos determinantes el impacto negativo que la actividad laboral de cuidar en domicilio tiene por su precariedad e invisibilidad social y económica.
- La responsabilidad del cuidado informal impacta intensamente sobre la salud y bienestar de las personas cuidadoras. Existen escasas referencias sobre las estrategias de promoción de la salud y acceso al sistema sociosanitario de personas cuidadoras extranjeras que trabajen en España.

En cuanto a la parte cuantitativa, las hipótesis contempladas son:

- Las mujeres inmigrantes del perfil del estudio se perciben con una pobre calidad de vida y su bienestar.
- Existen diferencias en la percepción de calidad de vida dentro de esta población con relación a las variables de estatus legal o no, ser minoría racial o no y si viven solas o con familia.

OBJETIVOS

Principal:

Explorar como los determinantes sociales de la salud, las estrategias de prevención y la asistencia sanitaria recibida influyen en la salud y bienestar de mujeres latinoamericanas trabajadoras como cuidadoras en domicilio en España.

Específicos:

- Describir el contexto socioeconómico, la calidad de vida y estado de salud de mujeres inmigrantes latinoamericanas trabajadoras como cuidadoras en el País Vasco, Cataluña, Islas Baleares, Madrid e Islas Canarias.
- Explorar las percepciones de estas trabajadoras cuidadoras sobre el impacto que la inmigración y prestación de cuidados tienen para su salud y bienestar (y la de su familia, si es el caso).
- Examinar el impacto del género, el empleo (incluyendo el precario o el desempleo), la inclusión social, el estatus de residencia, el idioma y la visibilidad racial como determinantes sociales de la salud para estas mujeres trabajadoras.
- Identificar redes y estrategias de soporte informales, locales y transnacionales, de promoción de la salud física y mental e identificar las prácticas preventivas utilizadas por estas mujeres.
- Identificar redes y estrategias de soporte locales y transnacionales de acceso a los cuidados de salud formales, diferenciando el acceso a centros de salud públicos y privados utilizadas por estas mujeres (incluyendo coste, barreras y elementos facilitadores)
- Estudiar el uso de medicina alternativa y complementaria por parte de este colectivo.
- Explorar la percepción que este colectivo tiene de la calidad de los cuidados de salud recibidos desde los sistemas sociosanitarios.

METODOLOGIA

Tipo de estudio: Estudio multicontextual con metodología cualitativa y cuantitativa, a desarrollar en 4 fases: (a) fase de preparación sistemática del equipo investigador para reclutamiento y recogida de datos y actualización de la revisión de la literatura; (b) fase de generación y recogida de datos con metodología mixta: el abordaje cualitativo consistirá en entrevistas semiestructuradas para los diferentes perfiles seleccionados; la metodología cuantitativa se seguirá un diseño descriptivo transversal sobre la salud y calidad de vida percibidas por la población del estudio; (c) fase de análisis y verificación de los resultados; (d) fase de difusión de los resultados.

Referencial teórico: El estudio se basa en el paradigma crítico social desde la teoría postfeminista y postcolonialista. Se pretende así generar conocimiento que busca la transformación social en el reconocimiento de las diferencias, como pueden ser el género, la generación, la raza y la inclusión social, entre otros, entre mujeres inmigrantes latinoamericanas viviendo en países industrializados, como es España, que realizan actividades laborales de cuidado y servicio doméstico.

Participantes del estudio y muestra intencional: La población del estudio será compuesta por mujeres inmigrantes latinoamericanas trabajadoras como cuidadoras en domicilio que lleven residiendo más de 2 años en alguno de los cuatro diferentes contextos sociolingüísticos seleccionados (Bilingües: Islas Baleares/Cataluña y País Vasco; Monolingües: Madrid e Islas Canarias). Las participantes pertenecerán todas ellas a medio urbano atendiendo a la mayor concentración de este tipo de población en áreas metropolitanas españolas.

Para el abordaje cualitativo se seleccionarán 96 mujeres con edades entre 25 y 45 años. Las participantes serán seleccionadas atendiendo a una serie de criterios diferenciadores presentados en la literatura internacional: pertenencia a minoría racial, estatus de residencia (regular o irregular), presencia o ausencia de red familiar. Se obtendrán así un mínimo de 8 mujeres entrevistadas para cada uno de los criterios diferenciadores y zona sociolingüística. Las 96 participantes se seleccionarán conformando cuatro grupos de 24 para cada una de las zonas sociolingüísticas del estudio.

En la metodología cuantitativa se realizará un estudio descriptivo. Para conocer la población del estudio se han utilizado los datos recogidos por el INE (Anuario de Extranjería, 2003). Existe una dificultad importante a la hora de obtener cifras reales de la población estudiada, ya que las fuentes oficiales no recogen a las trabajadoras en situación ilegal por estatus de residencia ni tampoco se reflejan en las estadísticas laborales el elevado porcentaje de economía sumergida en este sector, por tanto las cifras oficiales podrían ser muy inferiores a la situación real si además tenemos en cuenta los cambios surgidos en el último proceso de regularización. Según los datos del INE (2004), la población total de cuidadoras/trabajadoras domésticas latinoamericanas para las diferentes comunidades era de: Islas Baleares: N=1.535, Cataluña: N=10.950, Madrid: N=30.475, País Vasco: N=1.850 e Islas Canarias: N=1.365. Se captará un muestreo de conveniencia a partir de las participantes en la etapa cualitativa añadiéndose sujetos para la parte cuantitativa con el fin de obtener un mínimo de 30 sujetos para cada una de las 6 variables (visibilidad racial o no, estatus de residencia legal o ilegal, presencia de red familiar o solas) siendo así 180 encuestas para cada una de las 4 zonas sociolingüística, alcanzando un total una muestra total mínima de 720 encuestas. Debido a las formas de elección de los sujetos no se va a calcular un error de muestreo y por tanto no se podrán inferir los resultados sobre la población diana. Sin embargo la recogida de datos podrá hacer una descripción de la realidad existente en los diferentes contextos seleccionados.

Reclutamiento: El reclutamiento de las participantes para entrevistas en las diferentes zonas del estudio se llevará a cabo mediante técnica de "bola de nieve". En cuanto a las mujeres a ser encuestadas, la estrategia de reclutamiento contará con la colaboración de las mujeres participantes en las entrevistas, mediadores culturales y asociaciones de inmigrantes. Con el objeto de captar el máximo de población se seleccionarán todos los casos aparecidos en el tiempo destinado a la recogida de datos, para superar el mínimo estimado.

Generación y recogida de datos: Para la metodología cualitativa, la técnica utilizada será la entrevista semi-estructurada y cuestionario sociodemográfico. Las entrevistas serán realizadas por el equipo investigador, están se recogerán en grabaciones que posteriormente serán transcritas y revisadas por los investigadores para garantizar la precisión del contenido. Las anotaciones de las observaciones de campo serán integradas en dicho verbatim, por lo que también formarán parte del cuerpo de información para el análisis.

Para la metodología cuantitativa se utilizará para la recolección de datos el instrumento Cuestionario de Calidad de Vida validado SF-36 que ha demostrado su adaptabilidad y su fácil implementación a diversos contextos, entre ellos el español (Gandek et al, 1998). Este es un cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud de 36 ítems que recogen medidas sobre el estado funcional y el bienestar emocional valorando las siguientes dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. También se recogerán los datos sociodemográficos: edad, nivel de estudios, nivel de renta, estado civil, número de hijos, país de procedencia, tiempo de estancia en meses en España, estatus de residencia, condiciones laborales (estabilidad contractual, dedicación y tareas realizadas), visibilidad racial, personas con las quien convive y red social de primer orden y conocimiento de los idiomas cooficiales según el contexto seleccionado. En la recogida datos se reclutaran grupos de personas mediadoras cercanas a la población del estudio para cada una de las zonas sociolingüísticas. En cada uno de los contextos del estudio el equipo investigador entrenará a las y los mediadores en la recogida de datos y en el mantenimiento de la confidencialidad de la información.

Análisis de datos: El análisis de datos se realizará concomitantemente a lo largo de todo el proceso de investigación. En el caso de la información generada a partir del estudio de corte cualitativo, el posicionamiento de los investigadores será constantemente examinado por los mismos, manteniéndose un diario de campo para el registro del proceso reflexivo en la toma de decisiones con relación a la recogida y el análisis de la información. El tipo de análisis seleccionado para este estudio es de "análisis de discurso". Este tipo de análisis nos permite capturar las diferencias generadas por elementos tales como el hecho de ser o no minoría racial, el estatus, la inclusión social o las habilidades lingüísticas, así como por los aspectos compartidos por estas mujeres cuidadoras e inherentes a su actividad de cuidar y a la promoción y protección de su propia salud y la de su familia. Las entrevistas serán analizadas por su contenido a través de la creación de códigos, subcategorías y categorías. Para el proceso de análisis el equipo utilizará la herramienta informática de soporte al análisis de textos Atlas ti 5.0. El análisis se desarrollará en dos fases: (1) un proceso deductivo de codificación para asegurar que los datos empíricos están ampliamente explorados y el análisis es suficientemente amplio para producir nuevo conocimiento contextualizado, y (2) un proceso inductivo basado en el marco teórico propuesto y la revisión de la literatura. Para asegurar la validez y el rigor metodológico, los investigadores utilizarán la triangulación de métodos y fuentes. Los resultados preliminares del análisis serán presentados a un grupo compuesto por participantes en las entrevistas, dos investigadores externos al proyecto y dos profesionales sociosanitarios para su verificación.

En cuanto al análisis cuantitativo, se realizará una descripción básica de cada uno de los ítems del cuestionario SF-36 calculando la media y la mediana de la distribución, el intervalo y los porcentajes de sujetos que refieran las puntuaciones máximas de 100 (el mejor estado de salud para esta dimensión) y mínimas de 0 (el peor estado de salud). Para evaluar la consistencia o fiabilidad interna del cuestionario SF-36 se calculará el coeficiente alfa de Cronbach. Se compararán los resultados de los diferentes ítems del cuestionario para cada una de las variables sociodemográficas recogidas, priorizando el estatus de residencia, la visibilidad racial y la inclusión social. Se utilizarán los parámetros estadísticos correspondientes de comparación de medias de las diferentes variables recogidas (la prueba de t de Student y el análisis de la varianza Krushal Wallis en las variables de más de una categoría), considerando en cada caso como variable dependiente la puntuación obtenida en cada dimensión del SF-36. En caso de no cumplir los criterios de normalidad utilizaremos pruebas no paramétricas.

Consideraciones éticas: La guía del consentimiento informado para la participación en las entrevistas y encuestas será presentado al comité de ética de la Universitat de les Illes Balears para su aprobación. Todas las mujeres entrevistadas participarán de forma voluntaria. El primer contacto se realizará por vía telefónica por parte de los propios investigadores. Aquellas mujeres que acepten participar serán de nuevo contactadas para fijar la fecha de la entrevista en un espacio que asegure la confidencialidad de la entrevista. La participación voluntaria implicará que las mujeres participantes habrán de expresar comprensión y consentir, de forma oral y escrita, después de haber recibido información suficiente sobre la naturaleza del estudio. Para ello, y previo al desarrollo de la entrevista, las participantes recibirán información por escrito sobre el estudio y una copia del consentimiento informado en lengua castellana. Posteriormente, aquellas que deseen participar firmarán una copia de dicho documento que guardará para sí el equipo investigador. Entre otras informaciones, el documento que ellas conserven tendrá un teléfono de contacto del equipo investigador, la identificación y explicación de las estrategias que se pondrán en marcha para mantener la confidencialidad de la información compartida con el equipo investigador (cambio de los nombres o otros datos que puedan identificar a las participantes, así como acuerdos sobre formas de conversión y encriptación de la información de contacto obtenida con las participantes con status irregular de manera que se asegure la protección de su identidad y localización). En el caso de las mujeres participantes en la encuesta de salud con el SF-36, también, a través de las personas mediadoras-entrevistadoras, se les informará por escrito de forma resumida sobre los objetivos de la investigación y la composición y forma de contacto con el equipo investigador. El consentimiento informado será firmado antes de la aplicación del cuestionario.

El estudio podría crear expectativas de resolución de situaciones concretas vividas por las mujeres participantes por lo que se les explicará claramente que éste no es un objetivo del estudio y que, por lo tanto, no pretende ni se compromete a dar solución a las mismas. De cualquier modo, el equipo investigador dispondrá de una lista de recursos sociosanitarios asequibles para esta población. Los datos transcritos o tabulados serán guardados en ordenadores bajo códigos de acceso y en armarios con llaves bajo tutela de la institución universitaria por 7 años. Las cintas y cuestionarios originales serán destruidos.

Límites y potencial del estudio: Los estudios con metodología cualitativa producen datos que son de gran valor social por su carácter contextualizado lo que, sin embargo, limita su generalizabilidad. Los resultados serán, entretanto, transferibles a contextos que compartan similitudes socio-demográficas y socio-culturales con el lugar donde se ha generado esta información. Con el fin captar la variabilidad de contextos para el fenómeno estudiado, se ha diseñado el método de diversidad de zonas sociolingüísticos.

Las limitaciones presentes en la metodología cuantitativa son las derivadas de la imposibilidad del conocimiento exacto de la población del estudio debido a las peculiaridades tanto del tipo de actividad laboral, cuidadoras y servicio doméstico, como del estatus de residencia, legal o no, de las mujeres participantes, cuestiones que se mantienen ocultas tanto en las estadísticas laborales como en las de extranjería. Ello imposibilita la selección de una muestra representativa para el general de la población diana seleccionada, aunque permite aportar conocimiento nuevo para la promoción y protección de la salud hacia este colectivo. .

Difusión de los resultados: Los resultados serán difundidos a través de un seminario en cada una de las zonas abierto a personas inmigrantes en general y profesionales sociosanitarios de los diferentes contextos seleccionados, así como mediante la distribución de facsímiles a través de boletines y páginas web de organizaciones científicas y non-gubernamentales, la publicación en revistas científicas españolas e internacionales y la presentación de resultados en congresos. Se pedirá a las participantes sus sugerencias sobre espacios y formas que contribuyan a la máxima difusión posible de los resultados.

PLAN DE TRABAJO

1ª ETAPA - Fase Exploratoria (8 meses):

- Revisión crítica de la literatura (equipo investigador)
- Preparación de la guía de entrevista semi-estructurada (equipo investigador)
- Preparación para la aplicación de la encuesta SF-36 (equipo investigador)
- Preparación del formulario de consentimiento informado para el Comité de Ética de la Universidad de las Islas Baleares (investigador principal)
- Realización de los encuentros de formación y entrenamiento para el desarrollo tanto de las entrevistas cualitativas como de la encuesta cuantitativa (equipo investigador)
- Realización de 4 entrevistas piloto (1 para cada zona sociolingüística) para conocer la idoneidad de la guía de entrevista propuesta seguida de posibles cambios y cuestiones a tener en cuenta por los entrevistadores.
- Contacto con las asociaciones de inmigrantes en contacto con la población del estudio en los diversos contextos sociolingüísticos seleccionados, presentación del proyecto y del representante del equipo investigador para cada una de las zonas. Establecimiento de los acuerdos de colaboración para con cada una de ellas, según disponibilidad y criterio para obtener posibles personas mediadoras con la población del estudio que colaboren en la recogida de datos cuantitativos. Se establecerán canales de comunicación para mantenerse, tanto el equipo investigador como las asociaciones, mutuamente informados de la marcha del proyecto. Por último, se explorarán y establecerán conjuntamente con estos colectivos las posibles estrategias de difusión del proceso del proyecto y sus resultados (equipo investigador y otros colectivos participantes).

2ª ETAPA - Fase de Recogida y Análisis de datos (14 meses):

- Creación del material informativo para el reclutamiento de los participantes (equipo investigador)
- Reclutamiento y selección de las 96 mujeres participantes en las entrevistas
- Desarrollo de las entrevistas individuales semiestructuradas (equipo investigador).
- Transcripción de las entrevistas (personal especializado) y análisis de los datos cualitativos en dos fases (deductiva e inductiva); elaboración de códigos, subcategorías y categorías de análisis y representación visual de todos los niveles del análisis para posterior validación (equipo investigador).
- Reclutamiento y selección, así como realización de los encuentros informativos y formadores para las personas mediadoras en la recolección de datos cuantitativos mediante la encuesta en cada una de las zonas del estudio (equipo investigador y otros colectivos participantes).
- Reclutamiento para cada una de las zonas del estudio de las mujeres participantes para la cumplimentación de las encuestas (equipo investigador y mediadores).
- Análisis de los datos cuantitativos obtenidos.

3ª ETAPA - Fase de Verificación de Resultados (4 meses):

- Verificación de los resultados por triangulación de métodos y fuentes con la participación de dos investigadores externos al proceso, participantes del estudio, profesionales sociosanitarios y representantes de las asociaciones colaboradoras (equipo investigador).
- Elaboración del informe final del análisis (investigador principal)

4ª ETAPA - Fase Informativa (8 meses):

- Elaboración del informe de la investigación y difusión de los resultados (equipo investigador)
- Redacción de artículos científicos en español y en inglés para publicación y presentación en conferencias científicas (equipo investigador)
- Producción de informes dirigidos a profesionales, asociaciones de inmigrantes y la comunidad en general (equipo investigador)
- Distribución de los resultados en los diferentes ámbitos - profesional, comunitario y científico (equipo investigador)

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA

ANDREU BOVER: Dr. en educación y Profesor Titular del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares. Ha finalizado un proyecto como investigador principal con mujeres y hombres cuidadores en domicilio (FIS, PI020925) desde una perspectiva de género y generación del que se derivó su tesis doctoral. Actualmente colabora en varios proyectos financiados sobre personas cuidadoras, y salud de la mujer. Ha trabajado en dinamización sociocultural y como enfermero de atención primaria, en dinámica de grupos y metodología participativa, desarrollando programas comunitarios de promoción de la salud para diferentes colectivos. Formado en metodología de investigación cualitativa en salud. Tiene varias publicaciones y comunicaciones relacionadas con el cuidado informal, familia, género y generación en diferentes ámbitos. Ha realizado varias estancias, incluyendo la de postdoctorado, en la Universidad de Toronto bajo la tutela de expertos en cuidados, inmigración y género de dicho centro.

DENISE GASTALDO: Dra en Sociología y Profesora de las Facultades de Enfermería y Medicina de la Universidad de Toronto. Profesora Honorífica del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares. Sus principales áreas de investigación son los determinantes sociales de la salud, globalización, género e inmigración. Sus publicaciones y proyectos de investigación examinan la cuestión de la construcción social del género, la inmigración, la promoción de la salud de la mujer y la atención domiciliaria. Coordinadora, durante tres años, de relaciones internacionales del grupo Investen (Instituto Carlos III). Miembro de relevantes centros de investigación y académicos, docente en metodología de investigación, tanto en el nivel de grado como de postgrado en países de tres continentes y actualmente participante y colíder de 5 proyectos de investigación financiados, 2 de ellos por 2 de las agencias de mayor prestigio académico en Canadá.

JOANA M. TALTAVULL: Diplomada en Enfermería. Candidata a Máster en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Montréal (Canadá). Enfermera del Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (Ib-salut). Profesora asociada del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears. Miembro de la Comisión Consultora de INVESTEN. Las áreas en que está desarrollando su investigación es en la atención y comunicación con la familia cuidadora en el domicilio, además de participar en la gestión de la formación y de la investigación en Atención Primaria de Mallorca, conocedora en profundidad de la metodología cualitativa y cuantitativa aplicada en contexto comunitario.

AMAIA SAENZ DE ORMIJANA: Licenciada en Enfermería. Candidata a Máster en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Montreal (Canada), con tesis sobre familias cuidadoras y terminalidad. Ha participado como miembro del equipo investigador en un proyecto de cuidadores informales dentro de RIMARED financiada por el FIS. Formada en investigación cualitativa y de post-grado de Investigación Cualitativa y Participativa en Ciencias de la Salud. Ha colaborado además en un proyecto PHARE de la Unión Europea para el Desarrollo de los Servicios Sociales en Rumanía. Actualmente, miembro de la Comisión Consultora de Investen.

DOLORES IZQUIERDO: Enfermera de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud. Licenciada en Psicología. Tiene una amplia experiencia asistencial y de gestión tanto en especializada como en primaria. Es coinvestigadora del Nodo de Cuidadores del proyecto del RIMARED, así como de otro proyecto FIS financiado sobre registros utilizados para la atención de personas cuidadoras, formada en metodología cuantitativa y cualitativa.

CLARA JUANDO: Licenciada en Enfermería por la University of Edinburgh, con experiencia en el campo asistencial y como investigadora en diferentes proyectos sobre cuidadores (RIMARED, FIS), con formación tanto en investigación cualitativa y cuantitativa, especialmente en estudios de calidad de vida.

JUANA ROBLEDO: Diplomada en Enfermería y doctoranda en Antropología Social y Cultural, es master en Salud Comunitaria por la Escuela Nacional de Sanidad y diplomada en metodología de Investigación clínica. Con una amplia experiencia asistencial y docente actualmente trabaja como directora del departamento de investigación de FUDEN, siendo también profesora en la Escuela de Enfermería de Ávila y de Leganes (Madrid). Conocedora en profundidad de la metodología cualitativa y cuantitativa ha asesorado y trabajado en proyectos de investigación desde ambas perspectivas, siendo revisora de varias revistas de reconocido prestigio. Su campo de trabajo se centra en el campo del cuidado informal y género, habiendo realizado varias comunicaciones y ponencias sobre el tema.

RAQUEL LUENGO : Diplomada en Enfermería y Licenciada en Antropología Social y Cultural. Actualmente trabajando en la Unidad para la coordinación y desarrollo de la investigación de Enfermería perteneciente al ISC III. Está contratada para coordinar a nivel científico el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia, con sede en el ISCIII. Posee siete años de experiencia como enfermera asistencial y supervisora en residencias para la tercera edad. Tiene un título de especialización en investigación cuantitativa por la U.Politécnica de Madrid.

PALOMA LLABATA (Becaria): Licenciada en Psicopedagogía con amplia experiencia en trabajo en equipo, dinámica de grupos, manejo de la información y desarrollo de proyectos comunitarios.

UTILIDAD PRACTICA DE LOS RESULTADOS

Los resultados de este estudio permitirán detectar necesidades específicas en salud del colectivo de mujeres inmigrantes latinoamericanas que trabajan como cuidadoras en el domicilio que:

- Orientarán la definición de políticas sociosanitarias dirigidos a promocionar y proteger la salud de las personas cuidadoras inmigrantes
- Permitirán el desarrollo de programas psicosociales de apoyo a mujeres inmigrantes trabajadoras como cuidadoras, que puedan mostrar su eficacia en mejorar la salud y bienestar del cuidador, familia y persona dependiente. Una mayor comprensión sobre la cuestión de las percepciones ligadas al género, la generación, la inclusión social, el estatus de residencia o la raza como variables moduladoras de la experiencia de salud será fundamental para diseñar contenidos y estrategias de intervención adaptadas a los perfiles habituales de personas inmigrantes cuidadoras informales al ámbito español. Así las actividades de promoción de la salud serán más efectivas y se podrá disminuir el impacto que el fenómeno del cuidado en el domicilio, como trabajo no visualizado en el contexto de la inmigración, en mujeres latinoamericanas supone para el bienestar de dichas personas, sus familias y las persona de ellas dependientes.

- Profundizarán en el conocimiento de las estrategias específicas que desarrollan estas mujeres inmigrantes trabajadoras como cuidadoras para la promoción y protección de su salud y la de su familia, lo que permitirá una mayor comprensión del papel de las relaciones informales y de los sistemas formales en el mantenimiento de su salud tanto a nivel local como nacional y transnacional.

Todo ello contribuirá potencialmente al aumento del bienestar de estas mujeres y sus familias, y también al de las personas de ellas dependientes y sus familias, y al de la población en general.

MEDIOS DISPONIBLES

- Instalaciones y equipamientos propios de la Universidad de las Islas Baleares, así como de la de las entidades colaboradoras en cada una de las zonas del estudio (Salas de entrevista, aulas de reuniones, etc.).
- Contacto con redes de investigación de carácter nacional e internacional, sobre todo a través de la amplia experiencia en inmigración y género por parte del componente canadiense del equipo:
 - Centre for Research on Women's Health
 - Centre of Health Promotion
 - Home Care Evaluation and Research Centre, todos adscritos a la Universidad de Toronto
- Comparación de los datos españoles con los datos de un estudio idéntico a ser desarrollado en Canadá y que será sometido a evaluación para su financiación al Canadian Institute of Health Research en agosto del 2005.

AYUDA SOLICITADA Y JUSTIFICACION DE LA MISMA

BECARIO/RIA

- La complejidad metodológica y contextual de este proyecto requiere no sólo una importante dedicación a la coordinación del equipo sino también a la gestión diaria del proceso. Es por ello que se requiere de la contratación de una persona de apoyo al equipo investigador que actúe como nexo de unión, gestione el uso de recursos y el plan de trabajo según el calendario propuesto.

MATERIAL INVENTARIABLE:

- El programa informático ATLAS ti. 5.0 es necesario para la realización de esta investigación ya que no existe como dotación informática de la Universitat de les Illes Balears. Este tipo de herramienta facilita la tarea del análisis consiguiendo una mayor rentabilidad en la obtención de resultados. Por otro lado, el programa podrá servir para próximas investigaciones de corte cualitativo.

- El uso de las grabadoras digitales y material complementario, así como de ordenadores portátiles resultan imprescindibles para la realización de este trabajo en las diversas zonas de implementación proyectadas. Tanto en la fase de recogida de datos en el campo como en su posterior análisis, la dotación de un buen equipo de grabación facilita y economiza enormemente la labor de transcripción. La calidad del proceso de grabación para su posterior transcripción es fundamental para obtener el máximo rendimiento del discurso verbal, la doble grabación implica una mayor seguridad para unificar el proceso, evitando posibles omisiones o mal entendidos.

OTROS GASTOS:

- Transcripciones: Las entrevistas semiestructuradas suelen tener una duración aproximada de 1,5 h de duración lo que supone 144h de grabación, lo que se traduce en un total mínimo de 432h de trabajo dedicadas a dicha tarea para el total de la investigación.
- La realización de los seminarios informativos y formativos, así como diversos encuentros, para el equipo investigador y las personas mediadoras participantes son fundamentales para el desarrollo de todo el proceso investigador.
- Para la difusión internacional de los resultados se utilizará una revisión de los textos al inglés de elevada calidad, imprescindible aún más en el caso de las investigaciones con metodología cualitativa donde las categorías definidas son la clave de los resultados y por tanto su total comprensión en el idioma traducido es vital para la transmisión del conocimiento generado y un mayor alcance de los contenidos de manera que puedan ser aplicados en la máxima cantidad de contextos socioculturalmente semejantes.

VIAJES Y DIETAS:

- La diversidad en los contextos presupuestos para el estudio precisa de los suficientes recursos para los encuentros del equipo investigador en momentos claves del estudio, el diseño y consenso de instrumentos, los seminarios formativos e informativos, el análisis de los resultados y la elaboración de conclusiones, así como en el diseño de la difusión de éstas.

1. Gastos de personal	
Becario/ria a tiempo completo:	
- Primera anualidad	16600
- Segunda anualidad	16900
- Tercera anualidad	17200
SUBTOTAL	50700
2. Gastos de ejecución	
a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (Inventariable, fungible y otros gastos)	
INVENTARIABLE:	
- Programa informático Atlas ti 5.0	1864
- 8 Grabadoras Digitales	4000
- 4 OmnibookXE: ordenador portátil Hewlett Packard	6920
FUNGINBLE:	
- Material de Oficina	2300
- Otro material de grabación	1200
- Envíos por correo regular y certificado (España y exterior)	1202
OTROS GASTOS:	
- Transcripciones grabación (432h x 16euros/h)	6912
- Bibliografía	2300
- Traducciones difusión	610
- Costes seminarios	580
SUBTOTAL	27888
b) Viajes y dietas	
- Dietas de campo	400
- Viajes y dietas equipo investigador y mediadores: coordinación, entrenamiento, recogida y análisis de datos	15000
- Divulgación de resultados:	
Encuentro Investen: Foro de investigaciones cualitativas	3000
Congreso Europeo de Atención Domiciliaria	3000
International Workshop on Qualitative Research	3000
International Immigration Forum	3000
SUBTOTAL	27400
SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN	105988
TOTAL AYUDA SOLICITADA	105988