



## **MORE TO LIFE. ENVEJECIMIENTO, SALUD Y CUIDADOS EN LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL DE RETIRO A LA COSTA BLANCA (ALICANTE)**

**Inmaculada Hurtado Garcia**

**Dipòsit Legal: T 347-2014**

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

**Inma Hurtado García**

**MORE TO LIFE**

ENVEJECIMIENTO, SALUD Y CUIDADOS  
EN LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL DE RETIRO A LA  
COSTA BLANCA (ALICANTE)

**TESIS DOCTORAL**

Dirigida por:

Dr. Josep Maria Comelles Esteban

Dra. Mari Luz Esteban Galarza

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

TARRAGONA, 2010



*“Se trata de que tanto he vivido, que quiero vivir otro tanto”*

*Pablo Neruda*





## **Agradecimientos**

Esta tesis ha llegado a término gracias al apoyo y las aportaciones de muchas personas que han contribuido desde lo intelectual, lo material y lo afectivo. Por ello, aun no siendo posible nombrar a todos quienes me han acompañado en este proceso, quiero expresar mi más sincero agradecimiento:

A todas y cada una de las personas que han participado en esta investigación, mi más sincera gratitud por brindarme sus relatos y su confianza, por compartir conmigo sus ilusiones y desvelos. Sin ellas, esta tesis no existiría.

A mi familia porque con el esfuerzo de toda una vida me han dado el privilegio de llegar hasta aquí. Por acompañarme desde la comprensión y el cariño. A mi padre, por regalarme generosamente su tiempo y su energía vital. A mi madre, hija de la posguerra, de las que aprendieron a leer solas, de las que tanto quisieron estudiar y no pudieron pero perseveraron en que sus hijas lo hicieran. Por su inquietud y por no rendirse. Por supuesto también, por el cariño puesto en todos los recortes de periódico.

A mis directores de tesis Mari Luz Esteban y Josep M. Comelles, por su apoyo personal, intelectual y académico. Gracias Comelles por abrirme las puertas de la Antropología de la medicina que tanto me ha aportado, por tu confianza desde el principio y por hacerme más fácil este largo itinerario. Mari Luz, gracias por tu acompañamiento cercano y atento, tu respeto y tu compromiso, pero sobre todo por permitirme aprender de ti las conexiones entre vida e investigación.

A Ignacio, por ser mi avanzadilla en este rito de paso. Por per-seguirme con cariño y abrigarme las soledades de la escritura. A Elvira, con quien tanto he aprendido y disfrutado en este trayecto de aulas y vida. Vuestro apoyo ha sido fundamental.

A mis compañeras y compañeros de la licenciatura y del doctorado, a Maribel y a Serena, así como del Departamento de Antropología Social, Filosofía y Trabajo Social de la Universidad Rovira i Virgili. A mis profesores de la UMH porque me transmitieron su entusiasmo y me animaron a seguir estudiando. Porque vosotras, Puri, Anastasia y Mercedes fuisteis mi impulso para buscar nuevos horizontes. A Els van Dongen, a Anthony Warnes y a Stanley Brandes por acogerme en sus respectivos centros de investigación y dedicarme su tiempo.

A la generosidad de quienes me enviaron amablemente y desinteresadamente sus trabajos: Caroline Oliver, Karen O'Reilly, Antonio Miguel Nogués, Montserrat García Oliva, Arancha Meñaca, Tomás Mazón, Carmen Romero y especialmente a Barbara Tracy. Al Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert por su apoyo a la investigación y a Unafilms por la distribución desinteresada de la cultura.

A Lola, que aunque no supo que faltaba a sus clases de violonchelo por terminar esta tesis, quiero agradecerle que los martes lograra vaciarme de palabras y llenarme de cadencias. Por su coraje y dignidad mostrada a golpe de arco tanto en la escuela como en la calle para desafiar la precariedad de quienes le consideran “ilegal”.

Esta tesis se escribió entre Elx, Altea, Náquera y el Hornillo, por lo que quiero agradecer a Carmen, por dejarme estrenar con ella su nueva vida, a Helios y a Pilar por hacerme todo más llevadero, y a Nieves y a Silvia por compartir conmigo su rincón al sol.

Y en especial a Nuria, sin quien esta tesis y tantas cosas no hubieran sido posibles. Esta tesis está dedicada a ti porque cada renglón de este trabajo está apoyado en tu ánimo y en tu firme confianza en mí. Porque este itinerario lo he gestado y caminado contigo. Gracias...

*Inma Hurtado García*  
*Elx, primavera 2010*

## Summary

The current thesis is part of a framework for reflection on social changes derived from the migratory movements in Spain. It is not focussed on the whole picture of immigration collectives but rather, on those retirees that move from the centre and north of Europe. Particularly, with regards to the manifestation of this social phenomenon in the south of Alicante (Costa Blanca) by British citizens. Central to this analysis is the interaction between migration, health and ageing. From a wider anthropological approach and, at the same time, situational, we endeavour to demonstrate a more complex and comprehensive analysis of these movements, the migrants and the relationship with the destination society. At the same time, links of meaning and possible connections between explanatory frameworks are identified.

European citizens of diverse sociodemographic and motivational profiles locate themselves in particular enclaves in the sun once they retire. This flow has been part of the Spanish migration map for four decades. Its impact on the borough where it locates is significant but usually it is not regarded as “immigration”. The social image of Europeans, usually identified as tourists and agents of economic activity, has remained in a social and political limbo. This condition has facilitated evasion of typical media debates that the non- member immigration incites and also excludes it from the institutional concerns regarding distribution of resources.

The socio-health field is especially sensitive to this phenomenon, as it is where the main demands demonstrate cultural logics regarding how and where to age, the role of the family and the State responsibility towards the sphere of “care”. This health scenario and the European retirees own experiences will highlight the crossed categorization of these social phenomena, the selective application of the cultural concept, the identity process generated under the new global conditions of mobility, the new social and assistance maps, the cross-cultural polysemy of health and illness concepts, the social transformations in ageing experiences, and the differences in representation models and “care” practices.



<b>Agradecimientos</b>	v
<b>Summary</b>	vii
<b>Introducción</b>	1
<b>1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración</b>	<b>17</b>
1.1. La migración de retiro como fenómeno internacional	18
<i>Áreas, rutas y destinos</i>	20
1.2. Europa del norte, Europa del sur	22
1.3. Europa en España, España en Europa	26
<i>Cifras del desajuste</i>	29
1.4. La Costa Blanca. Bueno, bonito y barato	33
1.5. De los aires, las aguas y los lugares, a los enclaves de sol	36
1.6. Nuevos viejos, viejos temas	39
1.7. Algo huele a podrido en el reino de Dinamarca	43
<b>2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas</b>	<b>47</b>
2.1. Estudios sobre migraciones o cómo abordar la móvil condición posmoderna	48
2.2. Migración Internacional de Retiro. Discusiones y aportes	53
<i>Desarrollos y perspectivas de un campo de estudio en ciernes</i>	53
<i>Ordenamientos espaciotemporales: entre turistas que migran y migrantes que hacen turismo</i>	55
<i>Por qué migran</i>	58
<i>Impacto: Costes/beneficios</i>	59
<i>Lecturas nacionales de un campo en construcción</i>	61
2.3. Estudios sobre el envejecimiento y las personas mayores: imágenes y quimeras	62
<i>Antropología y envejecimiento. Enfoques críticos en busca de un nuevo paradigma</i>	67
<i>El envejecimiento: modelos, nociones y negaciones</i>	71
2.4. Intersecciones temáticas	75
<i>Migraciones y salud</i>	75
<i>Migraciones de retiro y salud</i>	78
<i>Movilidad, curso vital y personas mayores</i>	81
<i>Migraciones, relaciones familiares, cuidados y apoyo social</i>	83
2.5. Tráfico de influencias	86

<b>3. Objetivos, hipótesis y metodología</b>	<b>89</b>
3.1. Referentes teóricos y conceptuales	90
<i>Migraciones, derivas y nominaciones</i>	92
<i>Los factores sociales y culturales de la salud, la enfermedad y su atención</i>	93
<i>Dimensiones culturales y generizadas de los cuidados</i>	96
<i>Teoría social del cuerpo</i>	98
3.2. Objetivos e hipótesis	99
<i>Hipótesis</i>	101
3.3. Unidades de análisis	102
3.4. Actores sociales	103
<i>Migrantes Internacionales de Retiro</i>	103
<i>Profesionales sociosanitarios</i>	106
3.5. Escenarios	107
3.6. Estrategias metodológicas y técnicas de investigación	112
<i>Observación participante</i>	114
<i>Entrevistas</i>	116
<i>Cuestionarios</i>	122
<i>Fuentes documentales</i>	124
3.7. Herramientas para el procesamiento y el análisis	129
3.8. El objeto de estudio a estudio. Etnografías del ocio ¿etnografías ociosas?	130
3.9. Reflexiones desde la etnografía	132
<i>Servicio de urgencias, el dominio del pasar</i>	133
<i>Migración de retiro: parte de su experiencia</i>	137
<b>4. Inmigración en plural. Escenarios de atención sociosanitaria</b>	<b>143</b>
4.1. Atendemos a todos por igual	145
<i>Escenarios de la saturación</i>	147
<i>Los márgenes del “nosotros”: Inmigrantes, extranjeros,     y de Madrid para arriba</i>	151
<i>Taxonomías biomédicas de la inmigración</i>	153
<i>Mosaico de la encrucijada</i>	158
<i>¿Entendemos a todos por igual?</i>	161

4.2. Dispositivos y disposiciones asistenciales. La población de retiro como usuaria	168
<i>Hospital Miramar</i>	168
<i>Urbanización Sondosal</i>	174
<i>La clínica privada: desde los comienzos</i>	179
<i>Residencias privadas: atención transfronteriza</i>	183
4.3. Oferta local, demanda internacional	185
<b>5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud</b>	<b>187</b>
5.1. Configuraciones sociales desde la ambivalencia	188
<i>"I give you everything". Discursos desde el interés</i>	191
<i>"Go home!" Discursos desde la insostenibilidad</i>	199
5.2. Discursos desde la carga asistencial	205
<i>Turismo sanitario</i>	208
<i>El coste de la movilidad</i>	211
5.3. Inmigrantes versus Extranjeros: posiciones ideológicas y recursos discursivos	215
<i>Contraplanos: Los términos etarios del coste</i>	217
<b>6. MIRadas</b>	<b>223</b>
6.1. Elizabeth solía esperarme en la terraza de un bar	224
6.2. Paul, Lisa y la teoría del <i>stepping stone</i>	228
6.3. El entorno más seguro para Josephine	232
6.4. Gabriel y sus compatriotas	236
6.5. Cooper y Grace, de SKI por el Mediterráneo	238
6.6. Brenda, Ronald y la <i>serendipity</i>	244
6.7. Madeleine decidió quedarse	247
6.8. Otros orígenes, otras historias	253
<b>7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad</b>	<b>259</b>
7.1. El lugar de la salud, la salud como lugar	261
7.2. La dimensión espaciotemporal del bienestar: cronotopos de contrastes	262
<i>Lugares: No era país para jubilados</i>	263
<i>Tiempos: geografías del curso vital</i>	267
<i>Memorias: "Lost back home" o un presente lleno de pasado</i>	270



7.3. Itinerarios migratorios, itinerarios de salud	271
<i>Migración, enfermedad y otros avatares</i>	275
<i>Los cuidados desplazados</i>	279
7.4. Atención formal a la salud	281
<i>Estados, adscripciones sanitarias y vidas transnacionales</i>	282
<i>Donde atienden/donde entienden</i>	289
7.5. Síndromes que movilizan y movilidades que producen síndromes	296
<i>Are you feeling SAD?</i>	297
<i>The Costa Blanca Effect</i>	301
<b>8. Extranjeros en la vejez</b>	<b>305</b>
8.1. Las generaciones de la movilidad	308
8.2. Mudanzas a España, territorio longevo	311
<i>Mucho por vivir</i>	316
8.3. “ <i>Jubilación</i> ”: estilos de vivir, estilos de envejecer	318
8.4. Semánticas somáticas de la vejez	326
<i>Apropiaciones y destierros</i>	327
<i>Síntomas de edad</i>	331
<i>El tiempo encarnado</i>	337
8.5. “ <i>The pleasure goes</i> ”	340
8.6. Sorteando umbrales	344
<b>9. Quién te cuidará. Encuentros y desencuentros asistenciales</b>	<b>347</b>
9.1. El lugar de la familia	350
9.2. Familia, cuidados y movilidad	351
<i>“Go and do your thing.” Las condiciones familiares para la migración</i>	353
<i>“Now it’s my turn” La movilidad como estrategia de género en relación a los cuidados</i>	355
<i>Cuidados en la distancia</i>	361
<i>De cuidar a ser cuidadas</i>	364
9.3. Encuentros y desencuentros asistenciales	367
<i>“Dan mucho trabajo”</i>	370
9.4. Los equilibrios inestables del familismo	373
<i>Martha y alrededores</i>	375
<i>Aftercare (El cuidado después del cuidado)</i>	377

9.5. El apoyo social en las fisuras de los modelos sociales y de bienestar	381
<i>With a little help from my friends: Las charities</i>	383
<i>Entre el gueto y la comunidad de apoyo</i>	384
9.6. En la incertidumbre del porvenir	391
<b><i>Conclusions</i></b>	<b>397</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>407</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>419</b>
<b>Anexos</b>	<b>445</b>
<b>Anexo 1.</b> Estudios sobre MIR según comunidades nacionales	447
<b>Anexo 2.</b> Extranjeros procedentes de Europa (2009).	449
<b>Anexo 3.</b> Población mayor de 65 años (2009). Áreas de estudio	451
<b>Anexo 4.</b> Guión de entrevista a inmigrantes de retiro	453
<b>Anexo 5.</b> Petición consulta de datos a hospital Miramar	457
<b>Anexo 6.</b> Compromiso de confidencialidad	459
<b>Anexo 7.</b> Resultados cuestionario urbanización	461



## Índice de figuras y tablas

<b>Figura 1.</b> Área del “Sunbelt”	21
<b>Figura 2.</b> Inmigración de retiro en España por provincias	33
<b>Figura 3.</b> Mapa comarcal de la provincia de Alicante	34
<b>Figura 4.</b> Publicidad de empresa inmobiliaria especializada en comunidades de retiro en Florida y Arizona	41
<b>Figura 5.</b> Mapa conceptual de la terminología en español sobre la migración internacional de personas mayores	126
<b>Figura 6.</b> Mapa conceptual de la terminología en inglés sobre la migración internacional de personas mayores	127
<b>Figura 7.</b> Servicio de Oncología. Hospital Miramar	171
<b>Figura 8.</b> Carteles y viñetas de rechazo al turismo residencial	189
<b>Figura 9.</b> Eurometing en Santa Pola (2005)	198
<b>Figura 10.</b> Manifestación urbana contra la urbanización (Altea)	201
<b>Figura 11.</b> Urbanización Estrella de Mar	230
<b>Figura 12.</b> Publicidad de una emisora británica en la Costa Blanca	236
<b>Figura 13.</b> Campo de Brenda y Ronald en la Sierra de Crevillente	246
<b>Figura 14.</b> Urbanización Sondosal	254
<b>Figura 15.</b> Scooter electrico en un Eurometing	333
<b>Figura 16.</b> Norte de Escocia	335
<b>Figura 17.</b> Publicidad compañía de vuelos a bajo coste	362
<b>Figura 18.</b> Anuncio de cuidadora para extranjeros	374
<b>Figura 19.</b> Eventos recaudatorios de charities	386
<b>TABLAS</b>	
<b>Tabla 1.</b> Informantes y lugar de residencia	110
<b>Tabla 2.</b> Personal sociosanitario, administrativo y asociativo entrevistado	118
<b>Tabla 3.</b> Migrantes internacionales de retiro entrevistados	121



## **Introducción**

La inmigración es un fenómeno de creciente interés social, político y académico en el Estado español. La presente tesis es parte de este marco de reflexión sobre los cambios sociales que se derivan del movimiento poblacional; si bien, los colectivos que ocupan el imaginario étnico, económico y etario de la inmigración no son su principal centro de interés. Por el contrario, la atención se dirige hacia quienes vienen del centro y norte de Europa, de piel blanca, de clase media o medio-alta, y que migran buscando una vida mejor pero no empleo. Una población en la que no se repara cuando se habla de inmigración, aun cuando se trata de una de sus expresiones con mayor arraigo en determinados enclaves costeros españoles. Una movilidad que no ha sido suficientemente explicada desde los procesos de salud/enfermedad/atención que en ella se dan, aun cuando éstos conforman de manera relevante sus itinerarios, aspiraciones y problemáticas. Por ello, esta investigación es una propuesta de análisis e interpretación de la migración de personas jubiladas del norte de Europa hacia España en donde los procesos de salud/enfermedad/atención van a ocupar el centro de nuestra mirada. Unos procesos no sólo entendidos desde su dimensión micro, sino en su imbricación en los distintos niveles sociopolíticos en los que se articulan. Prestaremos atención a sus manifestaciones en el sur de la provincia de Alicante (Costa Blanca), y nos fijaremos particularmente en la población británica. A partir de un enfoque antropológico amplio y, a la vez, situacional, trataremos de aportar un análisis más completo y complejo de estas movilidades, de sus protagonistas, así como de las relaciones con la sociedad de destino.

La imagen social de la población europea jubilada en España es más bien difusa. Habitualmente asociada a la figura del turista en permanente movimiento, y a la actividad de consumo favorecedora de las economías locales, ha permanecido en un limbo social y político. Una posición que si bien le ha permitido discurrir ajena a las diatribas mediáticas que la inmigración extracomunitaria despierta, también le ha situado al margen de las preocupaciones institucionales en la implementación de recursos específicos. Pero no sólo es turismo pasajero lo que llega desde el norte. Bajo diversos perfiles sociodemográficos y motivacionales, ciudadanos europeos se desplazan hacia enclaves de sol españoles para establecerse, temporal o permanentemente, una vez alcanzan la jubilación. Un flujo que forma parte del mapa migratorio español desde hace cuatro décadas, cuyo impacto en los municipios en los que se asienta es notable pero que, sin embargo, no suele aparecer en las consideraciones que se hacen sobre “la inmigración”.

A nivel global, las migraciones laborales son cuantitativamente más importantes, pero las llevadas a cabo por personas jubiladas destacan porque su modelo de concentración provoca importantes transformaciones sociales y culturales en los núcleos donde se asientan, aunque sus efectos no siempre sean tenidos en cuenta. El ámbito de la atención sanitaria es escenario de la condensación de estos perfiles; especialmente en aquellas áreas del Mediterráneo español, en donde los procesos migratorios han transformado los dispositivos sanitarios en espacios multiétnicos y multiculturales con una población usuaria altamente heterogénea. Escenarios en donde se superan las imágenes que de “la inmigración” se tienen. Un paisaje social en el que se trascienden esos tipos ideales que catalogan a unos como *inmigrantes* y a otros como *extranjeros*, a unos como *trabajadores* y a otros como *residentes*. Una dualización que lleva a que se utilicen diferentes variables para interpretar, analizar y evaluar sus respectivos movimientos migratorios; situando a los primeros como fuente de continuos problemas y a los segundos en un ocioso margen. Una supeditación de los procesos metodológicos a los ideológicos que explica que se formulen distintas preguntas sobre su presencia, sus aportaciones, así como sobre sus necesidades.

La edad avanzada de los migrantes de retiro y sus necesidades presentes o potenciales de apoyo, articulan tanto las experiencias migratorias como las controvertidas relaciones con la sociedad de destino. El ámbito sociosanitario es especialmente sensible a este fenómeno, pues es allí donde se producen las principales demandas y donde asoman las lógicas culturales sobre cómo y dónde envejecer, sobre el papel de la familia y la responsabilidad de los Estados en la esfera de *los cuidados*. Pero la sobredeterminación de unas realidades migratorias y la invisibilización de otras, han traído como consecuencia la falta de adecuación de políticas, recursos y estrategias

ajustadas a la gestión de la diversidad cultural en el ámbito de la atención a la salud. Mientras tanto, los profesionales se encuentran limitados por unas estructuras sanitarias no adaptadas a la nueva situación ni a la diversidad de los nuevos perfiles de demanda, cada vez mayores y más diversos.

En los últimos diez años, la producción académica sobre la movilidad llevada a cabo tras la jubilación, ha posibilitado que se trace una cartografía de la misma, que se establezca el perfil sociodemográfico de sus actores y se advierta de su impacto en los lugares de destino. Con ello se ha configurado un corpus de conocimientos aunados en un área de estudio de carácter pluridisciplinar, que en el ámbito académico ha recibido, entre otros, el nombre de *Migración Internacional de Retiro* (MIR). Un espacio de reflexión en el que se está avanzando, pero en el que todavía quedan enfoques por explorar y elaboraciones teóricas por hacer. Donde el método etnográfico y la mirada antropológica no han explotado suficientemente su potencial para abordar la complejidad de lo global y, a su vez, la elocuencia de lo concreto y lo contingente. En este sentido, considero que los factores sociales y culturales en general, y de salud, en particular, nos pueden proporcionar nuevos datos y desvelar lógicas no indagadas. Porque la inmigración de retiro hacia España no sólo trata de ventas inmobiliarias o de manifestaciones de “turismo sanitario”, con la que habitualmente se relaciona. También es un escenario político, social y vivencial en donde se dirimen derechos, se articulan diversidades, se reformulan identidades y se cuestionan modelos.

### **Antecedentes**

La escasez de precedentes antropológicos para el abordaje de este tipo de migraciones y sus intersecciones sociales, ha supuesto que desde el comienzo mis ámbitos de búsqueda necesitaran expandirse por otras perspectivas, otras fuentes y otras geografías. Un *collage* que en ocasiones amenazaba ser infinito, y que dilató algunas fases del proceso. Pero afortunadamente, la transdisciplinariedad y la intertextualidad han sido herramientas metodológicas imprescindibles para construir un objeto de estudio significativo y guiar de manera reflexiva mi trayectoria de investigación. Su reflejo es un itinerario en el que he adoptado distintas miradas, ocupado diferentes posiciones, transitado distintos escenarios y relacionado con distintos actores sociales. Un recorrido que a continuación sintetizo, en el que han ido mutando tanto mis objetos como mis sujetos de estudio; sin dejar de hablar de inmigración, sin dejar de hablar de salud.



El proceso de investigación se inició cuando en 2004, recibí una beca del Ministerio de Educación<sup>1</sup> para llevar a cabo un estudio que versara sobre el binomio inmigración y salud. Se trataba de un ámbito de estudio que tenía las ventajas coyunturales de ser un tema de interés social, por un lado; y de su emergencia académica, por otro. Los medios de comunicación le daban cobertura informativa y las ciencias sociales comenzaban a hacer sus primeros aportes en el Estado español. Pero más allá de su actualidad, o precisamente por ella, la definición del objeto de estudio y los sujetos de estudio implicaban un compromiso epistemológico. La inmigración, lejos de ser una obviedad temática y colectiva, requería una reflexión sobre qué estudiar, en quiénes y por qué. Titubeaba sobre si había posibilidad de describir y explicar los hechos etnográficos sin seguir haciendo extraño al extranjero; en cómo visibilizarlo en sus estrategias sin desposeerlo de sus recursos. Me situaba ante el desafío de investigar sobre “la inmigración” sin redundar en su sesgada construcción social, culturalista, de carácter étnico, nacional y de clase. Una categoría que ya estaba empezando a ser revisada en referencia a quién construimos como sujeto inmigrante, y de qué estamos hablando cuando hablamos de “inmigración”.

Otro de los elementos para la reflexión sobre el diseño de mi objeto de estudio, surgió cuando el antropólogo Albert Moncusí, en un debate del multitudinario *4º Congreso sobre Inmigración en España*,<sup>2</sup> ironizó sobre el “fenómeno de la explotación del inmigrante como informante” por parte de los estudiosos del tema. El mismo congreso en el que Amina Bargach, psiquiatra marroquí y experta en inmigración y familia, clausuró interpelándonos: “¿No creen ustedes que a estas alturas deberíamos cambiar de dirección para plantear el estudio de los problemas de la sociedad española con los migrantes en vez de estudiar los problemas específicos de los migrantes?” En el marco de un congreso de elevada participación y pluralidad de temáticas, también llegaban ecos en los que se cuestionaban tanto los enfoques como los horizontes de saberes hacia los que se estaban dirigiendo los estudios sobre migraciones.

Asimismo, mi experiencia personal reclamaba su espacio. A través de la memoria, procuré recuperar lo que no encontraba en otros discursos. Se trataba del hecho de que he nacido y vivido en Alicante, en donde si alguna constante de extranjero había existido, esa era la del extranjero europeo. En los ochenta, Alicante ya era conocida como destino turístico, y los extranjeros como fuente de negocio. De hecho, mi familia migró del pueblo a la ciudad cuando mi padre consiguió trabajo en el incipiente mercado de la gestión de la compraventa de pisos. Su mudanza les llevó a

---

<sup>1</sup>Beca del programa de Formación de Profesorado Universitario (FPU) del Ministerio de Educación y Ciencia.

<sup>2</sup>IV Congreso sobre la inmigración en España: Ciudadanía y participación. Universidad de Girona, noviembre de 2004.

la populosa colonia de la Albufereta<sup>3</sup> con su concentración de extranjeros, especialmente *pied-noirs*;<sup>4</sup> y tras unos años, la bonanza les permitió acceder a una segunda vivienda en la zona de playa conocida como los Arenales del Sol.<sup>5</sup> Todo ello colaboró en que mi familia tuviera contactos con extranjeros europeos, la mayor parte efímeros; que mi madre asumiera la tarea de aprender francés a través de cursos en cintas de *cassete*, para poder ayudar a mi padre con los compradores e inquilinos francófonos; y yo, la suerte probar en mi niñez texturas y sabores que aún no habían llegado a España

Haciendo memoria, de entre los extranjeros que recuerdo está Doña Henrietta. Una alemana jubilada de setenta y tantos años, que vivía sola con su perro en un chalet en las entonces afueras de Alicante y que, según contaba, había sido lugarteniente de Hitler; razón por la cual se mudó a España. Ya fallecida, malas lenguas contaban que sus nietos la habían envenenado para quedarse con sus propiedades. De ella nos quedaron misterios, recuerdos, y un piano que mi hermano y yo heredamos, pues insistió en vida que así fuera. En la Albufereta vivía también la señora Brigitte, a quien teníamos por nuestra abuela francesa y para quien mi hermano y yo éramos sus nietos españoles. Sus hijos, nietos y hermanos, que vivían en Francia, venían a visitarla todos los veranos. Ella y su marido eran *pied-noirs* que desde Argelia habían recalado en Alicante. Su marido falleció pero ella decidió quedarse. Hace unos cuantos años, cuando ya no pudo ser independiente, su hija se la llevó a vivir con ella a Francia. A los ochenta y cinco años y con mucha tristeza, dejó su hogar en España y lo que había sido su vida durante décadas. No sería el último cambio, pues cuando su hija ya no pudo tenerla consigo la llevaron a una residencia en donde falleció el año pasado.

Recuerdo, más vagamente, a dos hermanos ingleses muy blancos de piel y con ojos azules, con quienes jugamos varios veranos en los Arenales del Sol. Venían a pasar unos días con su abuela, vecina nuestra del edificio durante varias temporadas estivales. En el mismo bloque de apartamentos estaban Jacques y Martina, él belga y

---

<sup>3</sup> En la Albufereta estaba la conocida finca *Adoc* de la que Charles Pradel fue promotor. Construida en 1960, fue uno de los conjuntos urbanísticos más importantes y disonantes del momento, con pretensiones de rascacielos y de crear una ciudad de la nada en consonancia con las ideas expansionistas del momento. La torre *Adoc* tenía 112 metros de altura, 40 plantas, 200 apartamentos con capacidad para 1500 personas sobre una ladera abrupta que se había escalonado para su urbanización. Se pretendía que el conjunto urbanístico albergara a 6000 personas, lo que resultó en una concentración congestionada y disparatada. La mayor parte de los compradores fueron extranjeros. Pradel huyó de Alicante en 1977 y fue acusado ante el juez de Delitos Monetarios por evasión (Vera Rebollo, 1987: 347).

<sup>4</sup> Los *pied noirs* huyeron de Argelia con la independencia del país en 1962. Eran de origen francés pero muchos tenían antepasados valencianos. A finales de los sesenta, según el censo de la época, el 14% de la población de Alicante procedía de Argelia (*El País*, 30/09/1997).

<sup>5</sup> Los Arenales del Sol se empezaron a urbanizar en 1960 sin planeamiento, de la mano de Tomás Durá, uno de los dos principales promotores de la época. Actualmente esta zona ha adquirido el estatus de pedanía y está afectada por la Ley de Costas.

ella suiza. Vinieron a España por motivos laborales de él, pues *Nestlé*, la empresa a la que pertenecía, quería abrir filiales en varias ciudades. Vivieron unos años en Alicante, pero cumplidos los sesenta se mudaron a El Cairo, lugar en el que Jacques había de quedarse unos años para coordinar la instalación de la compañía, y por lo que la empresa le ofreció una atractiva oferta económica. Después volverían al chalet que se habían comprado en Jávea para descansar y navegar en su barco. Más tarde se hicieron con una *roulotte* con la que se dedicaron a viajar por Europa del Este.

Mi padre administraba los dos apartamentos que el matrimonio inglés, los Morris, tenían en propiedad en los Arenales del Sol, la que empezaba a ser una zona pujante de veraneo. Uno de ellos lo ocupaba una de las hijas del matrimonio, profesora de español en Inglaterra, que durante sus estancias refrescaba el acento. De esta familia mi madre solía decir con cierto desdén, que eran muy fríos, que no se *mataban* por nadie. Ella se llevaba mejor con otro vecino francés al que le gustaba pescar. Cada vez que se cruzaban, él le anunciaba cuándo iba a llover: si el mar olía a sandía, no había duda de que se avecinaba agua. Los Arenales del Sol empezaron a popularizarse y a crecer desmesuradamente, aunque eso sí, a costa perder los arenales que le daban nombre, bajo las dentelladas de las excavadoras.

Ellos y sus familias, así como otros tantos vecinos, son las primeras personas extranjeras que me vienen a la mente. Muchas fallecieron y de otras perdimos el contacto. Son parte de mis recuerdos, pero también de la memoria colectiva del turismo en España, germen de la inmigración internacional de retiro actual. Las crecientes infraestructuras para el turismo, los antiguos turistas que se convirtieron en residentes, las ambivalentes relaciones con la población española acomplejada de inferioridad y a la vez orgullosa de la “*Spain is different*”, forman parte del mismo proceso de turismo de masas. Un modelo de desarrollo económico que acabó materializándose en una explotación abusiva del territorio, en un Mediterráneo surcado de mar, arena y cemento. Estos relatos de europeos en España siguen vigentes. A las costas cálidas continúan llegando jubilados motivados no sólo por el sol, la salud y las ventajas económicas, sino por un clima cultural en el que recrear siesta y fiesta, y en donde recuperar relaciones sociales significativas.

Mi decisión de investigar sobre inmigración de retiro y salud fue resultado de estos acicates teóricos y vivenciales descritos. El proceso reflexivo dio lugar a dos proyectos de investigación, diferentes pero convergentes; a la suma de dos fases de trabajo de campo, también distintas, pero estrechamente relacionadas. La primera etapa se desarrolló en un servicio hospitalario de urgencias del sur de la provincia de Alicante. Retomando la propuesta de Amina Bargach e incorporando mi conocimiento situado sobre la figura del extranjero, mi objetivo fue conocer cómo los profesionales,

los dispositivos y las instituciones sociosanitarias elaboraban la categoría de inmigrante en el diverso paisaje social de movilidades de esa comarca, poniendo especial atención a los discursos y prácticas sobre el inmigrante de retiro. Asimismo, quería indagar en cuáles eran los problemas expresados por unos y por otros, sobre unos y sobre otros. En definitiva, se trataba de identificar las bases por las que la construcción social de la diferencia se estaba organizando en el espacio de la atención a la salud, al tiempo que resaltar las consecuencias de la parcialización de la realidad migratoria.

De esta primera fase exploratoria de trabajo de campo, nació la siguiente trama sobre la que se construiría mi posterior y más denso centro de interés. En un principio, la intención del proyecto de investigación fue llamar la atención hacia otras formas de inmigración muy presentes en el territorio que, siendo sospechosas de generar un coste socioeconómico y ecológico importante, no eran tenidas en cuenta ni a nivel académico, ni político ni social. O no al menos, con la misma repercusión mediática que tenía la inmigración, entendida en su unívoca acepción social. Esta incongruencia entre informaciones fue la que me impulsó, definitivamente, a fijarme en la población europea jubilada. La estrategia metodológica de comparar los diferentes parámetros con los que se atendía a cada grupo, con el fin de desvelar una supuesta discriminación positiva sobre los migrantes europeos, se fue metamorfoseando en un objetivo menos sensacionalista pero quizás más honesto, el de conocer mejor, para mejor entender y atender.

De la bata blanca de urgencias pasé a tomar té en las casas de aquellos sobre los que menos se sabía, menos interés había, pero mayor presencia tenían en algunos de los municipios del sur de la provincia de Alicante. Me he acercado a sus vidas y aspiraciones mientras seguía la pista de las interacciones sociales entre autóctonos y extranjeros en otros espacios de atención a la salud. He tratado de conocer la economía del deseo, los entornos aspiracionales en los que se gestan, animan y alimentan sus proyectos migratorios.

Habida cuenta de las expectativas que a menudo se generan sobre el tema, es necesario señalar que aunque la investigación se ocupa de las interacciones entre la inmigración de retiro y los procesos de salud/enfermedad/atención, los resultados no han perseguido desvelar la veracidad del fenómeno del “turismo sanitario”. El fin de esta investigación no ha sido denunciar un supuesto abuso, apriorismo desde el que comencé esta singladura, sino enunciar contextos, lógicas, relaciones y experiencias que nos permitan entender lo que acontece. No obstante, el “turismo sanitario” está presente en el trabajo porque forma parte de los discursos y prácticas ligadas a este tipo migratorio.

Mi intención ha sido la de ir más allá de las explicaciones de base económica o ambiental, para mostrar otras tramas de sentido desde otras temáticas y perspectivas como la del ciclo vital, las relaciones familiares, el envejecimiento, y las relaciones de género que no han sido suficientemente exploradas, y que nos pueden acercar de manera integrada a algunos de los factores más relevantes que intervienen en este proceso. Hablaremos de inmigración de retiro, pero al hacerlo también señalaremos las categorizaciones sesgadas de los fenómenos sociales, las aplicaciones selectivas del concepto de cultura, los procesos identitarios que se están generando al amparo de las nuevas condiciones globales de movilidad, los nuevos mapas sociales y asistenciales, las polisemias transculturales de la salud y la enfermedad, las transformaciones sociales en las vivencias del envejecimiento, y los contrastes entre los modelos de representación y prácticas de los cuidados. Y al hacer el seguimiento de la “otredad” y sus repercusiones, descubriremos la eficaz alteridad de lo ajeno (Sanmartín, 2003: 84), y la posibilidad de anticipar futuros escenarios en los que va a ser necesario redefinir las vías para la sostenibilidad social.

### **Estructura de la tesis**

La presente tesis es un mosaico de nueve capítulos más las conclusiones en los que se abordan distintas temáticas, pero siguiendo el hilo conductor de las interacciones entre las migraciones, la salud y el envejecimiento. Con ellos se pretende componer un marco explicativo de la movilidad de retiro alternativo a los disponibles, así como describir las experiencias de los procesos de salud/enfermedad/atención desde otras escalas, otras edades y otro tipo de migraciones. Los ejes de la investigación se irán entretejiendo con distintas cuestiones que nos permitan conocer mejor las características de este flujo; del porqué de unos orígenes, de unas geografías de destino; del porqué unos grupos sociales se desplazan y no otros. En definitiva, los sustratos socioculturales en los que se gestan las decisiones de migrar tras la jubilación y cuáles son sus puestas en escena. Comenzaremos por un acercamiento más teórico y metodológico para, a continuación, hacer una exposición empírica en la que vincular las estructuras y los diseños políticos, con las relaciones sociales y las subjetividades.

El capítulo primero: *“Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración”*, tiene un carácter introductorio. En él se muestra una panorámica del alcance geográfico de este tipo migratorio, del perfil sociodemográfico de sus protagonistas y de sus implicaciones sociales. Es una exposición de los vínculos de esta movilidad con los diversos cambios económicos, políticos y demográficos que se han ido sucediendo a lo largo de las últimas décadas. Unas transformaciones sociales que han favorecido que la extensión de esta migración alcance a una población cada vez mayor. También

señalaremos, a modo de prefacio, algunas de las coyunturas, perspectivas y temáticas que consideramos relevantes. Una información que nos permitirá situar mejor las manifestaciones locales que posteriormente abordaremos.

En el capítulo segundo: “*Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas*”, daremos cuenta de los estudios específicos que sobre la inmigración de retiro y otros núcleos de conocimiento se han desarrollado. En relación con nuestros intereses, mostraremos los hallazgos y discusiones en torno a los ejes analíticos utilizados. La revisión teórica es bastante amplia en cuanto a campos temáticos se refiere, pero debido a la complejidad del fenómeno y a la segmentación en las elaboraciones sobre el mismo, ha sido necesario complementar el bagaje teórico con otras miradas. Con ellas pretendemos atender al carácter multifacético de este proceso social y ahondar en su conocimiento. Estos debates, aproximaciones y propuestas, van a servir de marco interpretativo del material empírico.

En el tercero: “*Objetivos, hipótesis y metodología*”, explicitaremos los enfoques utilizados y la propuesta metodológica por la que he optado. La descripción de conceptos, la anatomía de los cuestionamientos y la revisión de las técnicas empleadas, se complementará con un ejercicio reflexivo del contexto de la investigación y de la propia relación etnográfica. No sólo para apuntar su influencia en la producción antropológica, sino también como fuente de datos de la misma.

Los capítulos que siguen son los de carácter más etnográfico. En ellos, nos iremos adentrando en los escenarios sanitarios, sociales, económicos y políticos en los que se insertan estas movilidades y sus actores sociales. A su vez, y en mutua interacción con los ámbitos anteriores, penetraremos en lo singular, en lo concreto, donde se construyen los significados y se recrean los sentidos. A través de los nudos temáticos planteados en cada capítulo, visibilizaremos algunas de las conexiones entre lo estructural y lo social, lo colectivo y lo subjetivo.

En un intento de reconocimiento de lo plural de las relaciones y de lo coral de los relatos, los actores e instancias que configuran esta narrativa son muchos. O al menos tantos como los que se distinguen en el espacio social, mediático, material y simbólico que envuelve la inmigración de retiro; tanto autóctonos como alóctonos, vengán de donde vengán, de Madrid, de Tánger o de Manchester. Una amplitud que nos permite una mejor comprensión del fenómeno, el contraste entre modelos que la inmigración trae aparejada y el perspectivismo implícito en toda realidad social. La secuenciación de los capítulos obedece, únicamente, al mejor análisis y comprensión de los contenidos expuestos, pero son dimensiones de la realidad y acordes experienciales que se superponen.

La presencia de residentes noreuropeos es un hecho fehaciente tanto desde la perspectiva histórica, espacial como numérica; sin embargo se desvanece en una aparente invisibilidad política, social y académica. Y digo aparente, porque la población europea jubilada ya tiene dibujado un perfil en los discursos autóctonos de los lugares de destino, particularmente entre el personal de los servicios sanitarios que les atienden. Unas representaciones y prácticas que vamos a explorar en el cuarto capítulo: *“Inmigración en plural. Escenarios de atención sociosanitaria”*. En él entramos de lleno al campo de las relaciones interculturales y transitamos los escenarios de la diversidad migratoria que son los servicios sociosanitarios. El servicio de urgencias hospitalario nos trae ecos de la presencia y la significación social de la inmigración en general, y la de jubilados noreuropeos, en particular. Comenzaremos en el servicio de urgencias hospitalarias, donde la diversidad inmigrada es un rasgo definitorio de su población asistencial, para continuar por otros dispositivos y servicios donde los jubilados extranjeros destacan cuantitativamente por su presencia, y cualitativamente por sus demandas. Con este capítulo pretendo dar cuenta de la complejidad y pluralidad del contexto migratorio alicantino, cuáles son sus manifestaciones en los entornos asistenciales; así cómo mostrar qué posiciones adoptan quienes les atienden, testigos privilegiados del paisaje social de la zona.

Los discursos enunciados en el ámbito sociosanitario sobre la inmigración noreuropea, retroalimentan y concretan las representaciones que la sociedad española tiene sobre esta población. El capítulo quinto: *“Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud”*, recoge cómo y desde dónde se conforma su presencia como extranjeros en España: clientes de negocios inmobiliarios, contribuyentes de las arcas públicas, usuarios en el ámbito sanitario y sujetos de estudio en la academia. El lugar social que este flujo migratorio ocupa en nuestra sociedad puede ser rastreado a partir de la revisión de las distintas miradas que identifican y objetivan la inmigración de retiro. Unos discursos contrapuestos que muestran la controversia de una población evaluada por su consumo sanitario, pero contra quienes no se puede utilizar el argumento de la ilegalidad. Unas tensiones con el contexto de llegada por la competición por recursos sociales y asistenciales escasos, pero a la vez, un despliegue publicitario para que vengan, compren y residan. No abordaremos su presencia en términos morales ni desde cálculos económicos, pero sí desde los procesos y discursos sociales que se generan desde estos ángulos.

Las verdades son transposicionales y las lógicas diversas. Donde unos ven que se destruye territorio, otros ven cómo se construye su sueño. Tras conocer la mirada autóctona, prevalente en los estudios realizados en el Estado español sobre esta población, en el capítulo sexto vamos a dar un salto metodológico y nos vamos a

situar en la perspectiva de quienes migran. Los desplazamientos no son sólo espaciales sino corporales, sociales y vivenciales. En “*MIRadas*”, conoceremos más de cerca las vidas y aspiraciones de la población inmigrante de retiro. En los estudios sobre migración internacional de retiro, el dato numérico es la expresión más abundante, pero aquí pasaremos del cuántos son y qué hacen, al cómo son y por qué lo hacen; a sus trayectos geográficos y a sus trayectorias vitales; lo que comparten y lo que les distingue. Hay colectivos más huérfanos de relatos que otros, por ello, este capítulo pretende ser un espacio para su propia enunciación, interpretación, e incluso, invención. Unas narrativas singulares, quizás más parciales y menos exhaustivas, pero también reales y con suficiente potencial como para indagar a través de ellas en los factores socioculturales que desencadenan y modelan esta migración, y conocer cómo establecen sus relaciones con la sociedad de destino.

La salud es un constructo poliédrico que al ser observado desde el filtro de un proceso migratorio, evidencia los factores culturales que concurren en ella, tanto a nivel institucional como subjetivo, tanto en las representaciones como en las prácticas. De nuevo, en un tema donde la macroscopia ha hecho un trabajo extensivo, volveremos a acercarnos a las narrativas para desgranar los sentidos, para conocer qué entienden por salud, y en qué términos juzgan la calidad de vida en España. En el capítulo séptimo: “*De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad*”, el eje de contenidos van a ser los procesos de salud/enfermedad/atención. Como veíamos en capítulos anteriores, la presencia de inmigrantes de retiro en los servicios públicos de salud españoles, es tema de controversia y debate tanto social como político. Conocimos la mirada de los profesionales y de otros agentes sociales, pero es necesario acercarnos a las experiencias y puntos de vista de los usuarios europeos, así como al marco de sentido de sus elecciones a la hora de atender sus problemas de salud. Una visión emic que haga de contrapunto a las demás visiones. Desde las distintas expresiones que los procesos de salud/enfermedad/atención adoptan en la migración de personas jubiladas, y desde los diferentes niveles en los que se manifiestan, haremos un recorrido por su dimensión motivacional y conoceremos el ámbito de referencia formal e informal, tanto internacional como local, en el cual se piensan, elaboran y despliegan sus itinerarios asistenciales. Y por último veremos cómo incluso la migración de retiro a España, también viene prescrita y encapsulada por la biomedicina como respuesta a determinados síndromes relacionados con la carencia de sol. Unos síndromes que muestran las divergencias en la interpretación de la movilidad dependiendo de quienes sean sus actores sociales.

En el capítulo octavo: “*Extranjeros en la vejez*”, resaltaremos una de las principales manifestaciones de su extranjería social, esto es, su edad. Porque son



europeos, blancos, y de clases medias y altas, pero también son gente mayor. Una circunstancia que añade nuevos parámetros de análisis de sus experiencias, y de la mirada que se proyecta sobre ellos. El envejecimiento, entendido como proceso corporal y social, influye en el cuerpo individual y en el social. Si no consideramos estas cuestiones perdemos datos relevantes para la comprensión de la migración y de algunos de los desencuentros que se plantean en el ámbito sociosanitario. Los cambios sociales, económicos y médicos han ampliado el abanico de posibilidades para vivir el periodo jubilatorio y, sin embargo, en las representaciones sociales occidentales sobre el envejecimiento y las personas mayores, las referencias a la pasividad, la dependencia, la involución y la desconexión del acontecer social, continúan presentes. Unos estereotipos negativos que son contestados desde sus nuevas localizaciones, experiencias e identificaciones, si bien su confrontación no está exenta de contradicciones y paradojas.

En el último capítulo: “*Quién te cuidará. Encuentros y desencuentros asistenciales*”, me centraré en las prácticas de apoyo y en *los cuidados* como uno de los nudos que mejor condensan lo expuesto en los capítulos anteriores. Las consideraciones socioculturales sobre quién, dónde, cuándo y cómo cuidar, se erige en una de las manifestaciones más significativas del contraste cultural que esta movilidad conlleva. La pareja jubilada que migra lejos de su descendencia y de su apoyo, y no tiene intención de retornar a su país de origen, indefectiblemente colisiona con la ideología “familista” de raíces no laicas de las instituciones sociosanitarias españolas. El núcleo del desajuste surge de unos consensos culturales sobre *los cuidados* que no todos comparten, y del requerimiento de unos recursos humanos y materiales que no siempre se disponen. *Los cuidados* adquieren una dimensión sociocultural en tanto que sus formas y contenidos se han gestado bajo soportes materiales, ideológicos y morales diferentes. Consideraciones dispares que traen consigo fricciones culturales, sociales, económicas, políticas y sanitarias. Estos modelos contrastantes de participación y responsabilidad social y familiar se manifiestan, de forma específica, en los encuentros y desencuentros con los servicios sociosanitarios españoles; pero a su vez, son el impulso para la articulación comunitaria de recursos y de ayuda mutua en el seno de las áreas de retiro. A través de sus propias asociaciones y las relaciones de amistad y vecindad, van cubriendo el desfase entre la oferta y la demanda. Además esta red de apoyo les posibilita un entorno comunitario de seguridad en la incertidumbre del porvenir que entraña la migración y la vida.

Soy consciente de que la propuesta es una cartografía extensa, pero espero que no descabellada. La inclusión de varios temas reflejada en el título y en los capítulos no es una suma aleatoria sino que, por el contrario, pretende descubrir nexos de sentido y contemplar posibles intersecciones entre marcos explicativos. Sin ánimo de ser exhaustiva ni de construir un discurso totalizador, mi interés intelectual es el de hacer más complejo el entendimiento de las migraciones, aportar nuevas perspectivas al proceso de salud/enfermedad/atención, discutir la categoría de la edad, analizar las implicaciones sociales del envejecimiento, y abrir la consideración de la diversidad cultural en el ámbito de la salud. Unos escenarios sociales e intelectuales en los que todavía quedan muchos interrogantes abiertos.



## CAMELOT

*It's true! It's true!*

*The Crown has made it clear:*

*The climate must be perfect all the year.*

*A law was made a distant moon ago here,*

*June, July and August cannot be too hot,*

*And there's a legal limit to the snow here...*

*In Camelot.*

*The winter is forbidden till December...*

*And exits March the second on the dot.*

*By order summer lingers through September...*

*In Camelot,*

*Camelot, Camelot.*

*I know it sounds a bit bizarre.*

*But in Camelot, Camelot,*

*That's how conditions are.*

*The rain may never fall till after sundown,*

*By eight the morning fog must disappear.*

*In short, there's simply not,*

*A more congenial spot*

*for happy-ever-aftering than here*

*in Camelot.*

*Camelot! Camelot!*

*I know it gives a person pause,*

*But in Camelot, Camelot*

*Those are the legal laws.*

*The snow may never slush upon the hillside.*

*By nine p.m. the moonlight must appear.*

*In short, there's simply not*

*A more congenial spot*

*For happily-ever-aftering than here*

*In Camelot*

Alan JAY LERNER & Frederick LOEWE (1960) *Camelot*



## **1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración**

La movilidad de jubilados forma parte del variado entramado de movimientos migratorios contemporáneos, si bien destaca por ser un flujo de características singulares con respecto a otros más visibilizados. Su particularidad viene dada por la edad de sus protagonistas, por la inversión geográfica y simbólica de sus rutas migratorias, y por los efectos que desencadena su presencia en las áreas de asentamiento. Al igual que el resto de migraciones, la de retiro se ha gestado y ha mutado en el nuevo orden mundial de sociedades globalizadas en las que, las actuales condiciones para la movilidad y las nuevas tecnologías de la información, han cambiado nuestros modos de relacionarnos con las personas, con el tiempo y con el espacio. Pero su conversión en una opción deseable y posible es producto de la suma de una serie de factores sociales, generacionales e individuales que no se habían dado anteriormente.

Este capítulo pretende ofrecer una panorámica general de la migración internacional de retiro. Un prelude que sirva para adentrarnos en la investigación, y que nos permita situar la presencia de personas jubiladas en el sur de la Costa Blanca en un marco geopolítico y temático más amplio. Con este fin, haremos un recorrido desde lo internacional a lo local, esbozaremos algunos de sus rasgos y de sus números, y nos introduciremos en algunos de los contextos de interés en los que la migración de jubilados se gesta y manifiesta.

## 1.1. La migración de retiro como fenómeno internacional

Migración Internacional de Retiro (MIR),<sup>6</sup> es el nombre más consolidado a nivel académico para referirse a las estrategias residenciales de carácter internacional llevadas a cabo por quienes han abandonado el mercado laboral (King et al. 1998). Un fenómeno propio de sociedades occidentales, que describe el desplazamiento realizado por aquellas personas que tras alcanzar la jubilación, optan por cambiar su residencia a entornos medioambientales, sociales y culturales considerados preferibles a los que habitan. Es una movilidad difícil de categorizar debido a su variabilidad de formas y a la multiplicidad de dimensiones que en ella concurren. En consecuencia, los términos para nombrarla son múltiples,<sup>7</sup> y la búsqueda de información sobre la misma se convierte en una ardua tarea.

Este tipo de migraciones se produce entre distintos países y es protagonizada por personas de edad, lo que hace que las consideremos como un tipo específico de las llamadas migraciones internacionales, por un lado, y de las migraciones de personas mayores, por otro. Con las movilidades anteriores comparten rasgos y a veces destinos, pero no coinciden ni en las rutas ni en las motivaciones. La que nos ocupa, no está alentada por la búsqueda de empleo. Y si bien está relacionada con la biografía laboral de una persona, es justamente su salida del mercado de trabajo lo que la hace posible. Con respecto a la variedad de migraciones de las personas mayores, se distingue porque su principal impulso es la búsqueda de amenidades.<sup>8</sup> Para Françoise Cribier (1980:256), lo que define esta migración, distinta de las locales o domésticas, es su componente económico y de estilo de vida; pues tanto está relacionada con el fin de la vida laboral, como supone el desplazamiento a un nuevo entorno. Además, ésta se produce más allá de las fronteras nacionales a diferencia de las domésticas, regionales o internas, que suelen estar orientadas por la búsqueda de *cuidados* y apoyo familiar.

Dentro del cómputo global de corrientes migratorias, la movilidad internacional de retiro supone un porcentaje pequeño. Es decir, el cambio residencial de un país a otro tras la jubilación no supone un patrón mayoritario a escala global, sino que la mayoría de las personas envejecen en el lugar en el que residen cuando se jubilan (Cribier, 1980). Comparada con otro tipo de migraciones internacionales, tampoco es relevante en términos numéricos absolutos (King et al. 2000; Kinsella y Velkoff, 2001).

---

<sup>6</sup> *International Retirement Migration* (IRM) en su acepción inglesa original y más extendida.

<sup>7</sup> Algunos de los nombres utilizados en castellano son: *gerontoinmigración*, *turismo residencial* o *turismo mobiliario*. En inglés, la lista es más extensa e incluye términos como: *Amenity retirement migration*, *consumption-led migration*, o *aged migration*. Para una información más extensa, véase el capítulo cuarto.

<sup>8</sup> El término “amenidades” significa aquello que posee la cualidad de ameno, es decir, de lo grato, placentero, deleitable (RAE). Es un término usado para nombrar este tipo de movilidades, tanto en inglés: *Amenity migration*, como en español: *migraciones de/por amenidad*.

## Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración

Pero dependiendo de cómo se presenten e interpreten las cifras, advertiremos el alcance de sus efectos. Su importancia social y estadística se deriva del modelo de asentamiento de concentración geográfica que le caracteriza, lo que provoca que a nivel local sí sea un fenómeno relevante. Afecta significativamente al volumen y a la composición poblacional. Así, determinados municipios receptores quedan ostensiblemente modificados tanto en su morfología física, con la urbanización masiva del área; como en su estructura demográfica, en lo que refiere al aumento drástico del índice de envejecimiento y de extranjería.

Como migración selectiva que es, la posibilidad de acceder a estas opciones postjubilatorias viene condicionada por la disponibilidad de capital económico para adquirir una vivienda en destino, y vivir de la suma de los ahorros disponibles y de las pensiones. Éstas son condiciones económicas *necesarias* que actualmente se han extendido a una mayor población. Distintos cambios económicos, políticos, demográficos y sociales y, muy especialmente, la implantación del Estado del Bienestar en la Unión Europea han propiciado que, desde hace unas cuatro décadas, los flujos de retiro estén aumentando en número, visibilidad, y diversificándose en destinos. La extensión de la jubilación anticipada y las mejoras en la situación económica de las personas jubiladas, junto al aumento de la esperanza de vida, unos niveles educativos más altos, y el creciente acceso al ocio y el turismo en sucesivas cohortes (Williams et al. 2000), favorecen que la decisión de moverse y residir en otro país tras la jubilación sea una opción más factible, asequible y deseable.<sup>9</sup> Por consiguiente, no sería del todo acertado inferir que quienes migran son únicamente las clases altas, con ingresos cuantiosos y niveles superiores de instrucción, como a menudo les retrata el estereotipo (Karisto, 2005:202).

Históricamente, estas rutas de búsqueda de lugares para el ocio y el descanso fueron patrimonio de la aristocracia y la burguesía. Salvando las distancias, todavía hoy se puede considerar a los migrantes de retiro europeos como una élite. Especialmente, si se les compara con los condicionantes legales y las condiciones de vida de muchos migrantes extracomunitarios. Sus protagonistas cuentan con unos privilegios legales y sociales que otros migrantes, así como otras personas mayores en situación de pobreza, no disponen. Sin embargo, hay que matizar que la asequibilidad actual de la movilidad ha ampliado los perfiles sociales de quienes migran tras la jubilación. Además, el mercado tiene ofertas para cada estatus económico con precios que varían según país,

---

<sup>9</sup> Tampoco podemos olvidar que si bien se han producido importantes mejoras en la situación del colectivo de jubilados, y que éstas se han ido generalizando a cada vez mayor población, las condiciones de pobreza y vulnerabilidad a las que se ve expuesta la población mayor a escala mundial, principalmente las mujeres (Arber, 2006), sigue siendo una realidad palpable y un importante desafío contemporáneo (HEALTHY AGEING PROJECT, 2007).



área de residencia y tipo de vivienda. Una variedad en la oferta y la demanda adaptada a cada nivel de solvencia y de estatus que, a priori, sólo nos permite afirmar que quienes migran reúnen condiciones económicas *suficientes* para realizar el cambio. Y mientras que en unos casos se trata de la inversión de un excedente, en otros, la movilidad de retiro se convierte en una estrategia de maximización de su nivel de vida, donde el criterio de búsqueda es el de lugares en los que el coste de vida sea menor, de modo que la ecuación migratoria favorezca su economía y bienestar (Hogan, 1987; Fournier et al. 1988; Ackers and Dwyer, 2002).

Los motivos que animan a migrar y los criterios de elección del lugar para el retiro son variados, y suelen estar interrelacionados según las posibilidades, los deseos, las vinculaciones o expectativas de cada persona, aunque, entre ellas, el clima destaca como uno de los factores de mayor atracción. Las zonas costeras del sur de Europa, los *sunny states* en Norteamérica y la “*Gold Coast*” australiana son las principales áreas que concentran las corrientes de jubilados. Son enclaves “de sol”, tanto en la costa como en el interior. Algunos de ellos especialmente valorados por su paisaje ecológico y cultural, otros reconocidos por sus características para mejorar determinadas dolencias, y a menudo coincidentes con destinos turísticos con los que se habían tenido contactos previos (Rodríguez et al. 2004). Se trata de un fenómeno muy dinámico y heterogéneo que varía según destinos, nacionalidades de procedencia o motivaciones, entre otras variables. No tienen las mismas implicaciones en EEUU que en Europa, quienes migran a Italia difieren de los que migran a España o a Portugal (Casado-Díaz et al. 2004), los que eligen la Costa del Sol se distinguen de los que van a la Costa Blanca; y los distintos nacionales que migran a la Costa Blanca difieren entre sí (Casado-Díaz, 2006).

### *Áreas, rutas y destinos*

Estados Unidos es la macro-región paradigma de este tipo de migración y de su estudio. Es país emisor y receptor, a nivel interestatal e internacional. Sus áreas costeras y las zonas de interior de desiertos y montañas son las preferidas por la demanda. Una población que se compone de estadounidenses, canadienses y británicos. Florida es el destino más popular y populoso desde hace tres décadas, seguido por Arizona y California. Otros menos concurridos, pero también importantes, incluyen Texas, Colorado, las áreas costeras de *Southeast* y del noreste del Pacífico, los Ozarks (Arkansas y Missouri), las regiones de los lagos de los estados centrales del norte (Walters, 2002), y desde 1980, Carolina del Norte (Longino, 1990; en Walters, 2002:46). Todos ellos se sitúan en las zonas del oeste y el sur del país, lo

### Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración

que se ha venido en llamar el “Sunbelt”.<sup>10</sup> Se estima que, tan sólo en el interior de Estados Unidos, unos 3 millones de los llamados “snowbirds”<sup>11</sup> se mueven cada invierno desde el “frostbelt” o “snowbelt”, hacia el “sunbelt” (Longino, 1995; Puga, 2001).



**Figura 1.** Área del “Sunbelt”  
Fuente: University of Texas Libraries

Por lo que refiere a Estados Unidos como país emisor, los flujos se dirigen preferentemente a México (Sunil et al. 2007; Lizarraga, 2008), Costa Rica (Puga, 2001), y en menor medida, hacia Panamá (*Migration Policy Institute*, 2006) y a las islas del Caribe.

Los jubilados del Norte de Europa viajan al sur, al Mediterráneo, a España, Portugal o a Italia, principalmente.<sup>12</sup> El agotamiento de algunos de estos destinos tradicionales, debido al turismo de masas y sus consecuencias socioeconómicas, ha hecho que se amplíen las rutas en busca de nuevos enclaves más baratos y menos explotados. Lugares donde encontrar tranquilidad, entornos medioambientales menos alterados y un mayor bienestar. Los mercados inmobiliarios, atentos a esta demanda, están empezando a fijar los nuevos paraísos en la cada vez más extensa cartografía de retiro. En ellos encontramos países de América Central y del Caribe como Costa Rica (Puga, 2001). En el Este europeo, la oferta viene desde Turquía (Balkir and Kyrkulak, 2007), Croacia (Bozic, 2006) y la costa del Mar Negro en Bulgaria (Longino and Warnes, 2005). Se estima que en un futuro, también los países de África o Asia del Sudeste (Indonesia, Filipinas, Tailandia) irán ganando en popularidad ante la competencia entre destinos (Warnes et al. 2005:64) y el proceso general de

<sup>10</sup> El término “Sunbelt”, que significaría el cinturón del Sol, refiere a los estados limítrofes de Estados Unidos, más Missouri, Arkansas y Oklahoma. Son diecisiete estados de clima templado y con una oferta de estilos de vida orientados al ocio. Los treinta y tres restantes son conocidos como el “snowbelt”, que en su traducción significa cinturón de la nieve (Longino y Biggar, 1981:285).

<sup>11</sup> Los llamados “snowbirds” buscan un entorno menos frío a diferencia de los “sunbirds”, que durante los meses de verano abandonan el sur en busca de destinos menos calurosos.

<sup>12</sup> Hay un turismo de retiro más selectivo en determinadas zonas de Francia y en Grecia.

globalización y armonización, tanto cultural como económica (Huber, 2005:117).

Aun así, Europa del sur sigue siendo el área de retiro por excelencia para los migrantes europeos. Las ventajas políticas derivadas de la ciudadanía europea, las actuales facilidades para el transporte y las telecomunicaciones están favoreciendo que la mayor parte de las movilidades de retiro sean intraeuropeas. Un ámbito diferente al de Estados Unidos, en donde los flujos son mayoritariamente internos. En Europa, la migración supone contextos socioculturales, políticos y lingüísticos mucho más diferenciados que para el caso estadounidense.

## 1.2. Europa del norte, Europa del sur

Durante el siglo XVIII, viajar por el continente europeo era una asignatura requerida para cualquier joven inglés de buena familia que quisiera completar su educación. Se les llamaba *turistas* y su viaje era conocido como el *Grand Tour*<sup>13</sup> (King and Patterson, 1998). Stendhal, introductor de la palabra en Francia, consideraba un turista a todo aquel que viajaba “por gusto”. Y por gusto, se pudo viajar gracias a que en el siglo XIX el ferrocarril impulsó la movilidad, aunque sólo se lo podían permitir las clases acomodadas (Jurdao, 1979:123). A finales del XIX la Costa Azul, la Riviera Francesa, se convierten en centro de reunión y retiro de las clases altas europeas y norteamericanas (King et al. 2000). Junto a la Toscana, Sorrento o Capri (King and Patterson, 1998), eran los lugares más prestigiosos para el descanso y el ocio.

España también tuvo sus propios núcleos, de entre los cuales destacan Donostia-San Sebastián y Santander. La primera ciudad fue destino turístico de moda para la aristocracia española y europea de finales del siglo XIX y principios del XX. Vivió su particular *belle époque* tras la estela de Isabel II, que recaló allí para tomar los baños de mar que le habían recomendado sus médicos para paliar sus problemas de piel. Más adelante sería la regente María Cristina quien instalaría su residencia veraniega de recreo manteniendo la pátina aristócrata de la ciudad.

En el periodo de posguerra, Europa comenzó a vivir un nuevo fenómeno incipiente fruto de la legislación reguladora de las vacaciones: el del turismo de masas. El viaje de turismo fue el premio al esfuerzo de la clase obrera. El viaje por placer dejó de ser patrimonio exclusivo de las élites profesionales y artísticas, para extenderse a la clase media y obrera de los países industrializados. El turismo comienza a gestarse como fenómeno de consumo de experiencias y apariencias (Rizoma, 2005), y la emulación empieza a cobrar protagonismo. En los años sesenta, el turismo de masas

---

<sup>13</sup> “Hemos olvidado que para muchas generaciones de buenos alumnos y estudiantes de Eton y Cambridge, el viaje por el Mediterráneo, el Gran Tour, fue un umbral de crucial importancia para pasar a la adultez” (Girard, 2001:33) (traducción propia).

## *Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración*

ya ha engendrado nuevas derivaciones del mismo, como el turismo residencial y la migración de retiro permanente.

A día de hoy, la migración de jubilados de los países del norte a los del sur, con predilección por los bañados por el Mediterráneo, es una de las manifestaciones más importantes del cambiante mapa social y demográfico europeo (Williams et al. 1997:115). Ha ido transformándose paralelamente a los cambios tecnológicos, económicos y políticos. Ha modificado pautas de movilidad, generado conexiones geopolíticas, mostrado otras formas de entender las pertenencias, y ha respondido a nuevas expectativas vitales. Estos cambios han propiciado la movilidad y unas condiciones residenciales más óptimas, en especial, para quienes forman parte de la Unión Europea, llamada “fortaleza” comunitaria<sup>14</sup>, y del Espacio Económico Europeo.<sup>15</sup> Unas facilidades que tanto han favorecido la movilidad de personas mayores, como han puesto sobre la mesa una serie de conflictos de derechos, deberes y competencias entre los Estados pertenecientes. La ciudadanía europea se está configurando como identidad frente a otros, en este caso, los extracomunitarios. Ostentarla supone privilegios legales en las condiciones de asentamiento, permanencia y estatus. Mientras los ciudadanos comunitarios están a medio camino entre la extranjería y la ciudadanía nacional, los no comunitarios pertenecen de lleno a la alteridad legal. Por consiguiente, la inmigración comunitaria posee unos derechos muy diferentes a los de la inmigración extracomunitaria.

En 1992, el nuevo Tratado de la Unión Europea, el llamado Tratado de Maastricht, inauguró la libre movilidad para sus ciudadanos y la incorporación del procedimiento comunitario para la toma de decisiones, en colaboración entre las instituciones de cada Estado y las propiamente comunitarias. Este procedimiento intergubernamental y las posteriores reformulaciones (Tratado de Amsterdam, 1999), han sido la base de las políticas relativas al desplazamiento de los ciudadanos de la UE y los derechos laborales, sociales y políticos asociados. Entre ellas están los acuerdos entre sistemas nacionales de salud europeos, orientados a que la atención sanitaria en el extranjero no comporte muchos trámites; la facilidad para las transferencias financieras en el cobro de las pensiones; un mismo sistema monetario y una legislación

---

<sup>14</sup> La idea de la UE como fortaleza nace de “la creación de un espacio próspero de ciudadanos europeos frente al resto del mundo y la defensa de tal espacio frente al exterior mediante la construcción de muros de contención con escasas áreas de permeabilidad fuertemente controladas” (Blanco, 2000:144-145). En 2009, los países integrantes de la Unión Europea son: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania, Suecia.

<sup>15</sup> El Espacio Económico Europeo lo componen Noruega, Islandia y Liechtenstein. Noruega, es uno de los principales países emisores de emigrantes de retiro en la Costa Blanca, es un miembro no perteneciente a la UE que se beneficia de la extensión de los procedimientos y normas del mercado único de los Quince, pero sin participar en su elaboración.

que permita una estabilidad en los tipos de cambio, y cierta seguridad sobre la capacidad adquisitiva (aunque no en el caso de los británicos, suecos, daneses, suizos, noruegos e islandeses<sup>16</sup>); la libertad de movimiento de personas, y de capitales sin grandes costes ni trabas; y la posibilidad de votar como un derecho que les vincule a los lugares de destino (Casado-Díaz, 2001:79).

Desde el Reino Unido, Alemania, los Países Nórdicos,<sup>17</sup> Bélgica, Holanda o Suiza, las personas jubiladas se suelen dirigir hacia destinos específicos de España, Francia<sup>18</sup> e Italia (Warnes et al. 2005:52); pero también a Portugal, Grecia y Malta. La Costa del Sol, la Costa Blanca, la Provenza, la Toscana o el Algarve, son nombres de resonancias placenteras y de tradición que al ser evocados en el frío y moderno norte, seducen al viaje y animan al cambio.

Cada corriente geográfica entre países está imbuida de unas relaciones históricas, económicas y socioculturales particulares. Así, mientras que en la migración desde el Reino Unido hacia España y Portugal, las experiencias turísticas anteriores han sido en muchos casos el paso previo al establecimiento permanente; en el flujo a Malta, los vínculos con la zona suelen ser profesionales y familiares, dado que este país fue colonia y base militar británica (King et al. 2000:94-95). En cambio, la migración de ingleses hacia la Toscana italiana tiene un marcado carácter cultural y un acento paisajístico. El viaje a la Toscana pervive como evocación del *Grand Tour*, cuya versión específica es el llamado “*Italian journey*”<sup>19</sup> (Girard, 2001); mientras que la búsqueda de la vida campestre guarda relación con el “idilio rural” (King and Patterson, 1998). Por otro lado, la población holandesa y alemana que se dirige hacia la costa oeste de Irlanda no se rige tanto por factores climáticos, como sucede en España, sino que aspira a la consecución de estilos de vida “alternativos” desde la añoranza de un entorno rural más tranquilo (Kockel’s, 1991; en King, 2002:100).

La pluralidad de trayectos y razones remite a variables sociohistóricas inabarcables en este espacio aunque, de modo general, podemos señalar ciertas tónicas. Quienes migran, lo hacen siempre desde los países del norte hacia los del sur. Del norte parte la demanda y en el sur se construye la oferta. Esta orientación del viaje nos puede hacer reflexionar sobre dos zonas, aunque de contornos difusos: Europa del norte y Europa del sur. Un gradiente climatológico, pero también económico, social y cultural cuya heterogeneidad no puede reducirse a una posición geográfica.

---

<sup>16</sup> A los efectos correspondientes, los ciudadanos de Noruega, Islandia y Suiza están equiparados a los de la Unión Europea a partir de los protocolos de Schengen.

<sup>17</sup> Suecia, Dinamarca, Finlandia y Noruega

<sup>18</sup> El caso de Francia es similar al de Estados Unidos, en tanto que es país de recepción y de emisión. Este doble flujo es un reflejo de su situación geográfica, en el medio de esta “Europa del Norte” y “Europa del Sur”.

<sup>19</sup> Obra de Goethe (1816) en la que narra, a modo de diario, el viaje que realizó por Italia en 1786.

## Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración

La prosperidad de algunos países del norte con respecto a los del sur, ha marcado una frontera y trazado rutas guiadas por la rentabilidad. El diferencial de precios de las viviendas y del coste de la vida ha supuesto un atractivo especial tanto para el turismo estacional, como para la residencia permanente. Además, están las fronteras simbólicas que definen las tierras evocadoras de tradición y pasado. El sur de las reminiscencias, especialmente en las zonas rurales de la Toscana, la Provenza, el Algarve, el interior de Andalucía (Warnes et al. 2005), son paisajes culturales en donde recrear la nostalgia de la ruralidad perdida en un norte frío y considerado más individualista. Estas son las razones por las que Robert Graves, hacia 1929, decidió abandonar Inglaterra y fijar su residencia en Deià, Mallorca, “*I wanted to go where town was still town; and country, country; and where the horse plough was not yet an anachronism*”<sup>20</sup> (Graves and Hogarth, 1965). Autenticidad recreada y memoria puesta en escena como los ingredientes básicos en el consumo de experiencias, con los que se construyen los distintos espacios turísticos (MacCannell, 2003).

Algunos autores también destacan un norte y un sur europeos con diferentes raíces religiosas. La hegemonía protestante o católica, con respectivos sus correlatos culturales, distinguen dos territorios que, aunque de manera difusa, se diferencian por tendencias opuestas como el individualismo frente al familismo, o la modernidad frente a la tradición. Otros rasgos derivados de los anteriores serían la ética del trabajo en los países protestantes, y el honor y la vergüenza para el sur mediterráneo (Goddard et al. 1994).

Los estudios realizados en Europa sobre el perfil del inmigrante de retiro, describen como “migrantes tipo” a una pareja de ingresos medios o altos, familiarizados con la movilidad, y con el consumo de ocio y turismo. Son “viejos-jóvenes” (*young-adults*) que en su mayoría disponen de buen estado de salud y que, ante la ausencia de compromisos laborales o familiares, emprenden una mudanza a otro país. Un nuevo comienzo si bien ni tan distante, gracias a las condiciones económicas y tecnológicas de movilidad; ni tan distinto, ya que en los lugares de destino pueden hallar núcleos de compatriotas donde desarrollar dinámicas propias que les permitan el sentimiento de pertenencia a un grupo culturalmente similar (King et al. 2000; O’Reilly, 2000).

---

<sup>20</sup> “Quería ir a un lugar donde la ciudad fuera todavía ciudad, y el campo, campo; y donde el arado tirado por el caballo no fuera todavía un anacronismo”. Su relato continúa de este modo: “Había otras aspiraciones, naturalmente, como buen vino, buenos vecinos y que no estuviera demasiado alejado del meridiano de Greenwich. Pensándolo bien, la primera persona que me recomendó Mallorca fue Gertrude Stein (...) Gertrude, que siempre hablaba con sentido común, me aseguró que los mallorquines eran alegres, limpios y amables, culturalmente afines al sur de Francia y *agriculturamente* todavía anclados en el siglo dieciocho. Añadió que en todo aquello no había trampa alguna: si me gustaba el Paraíso, Mallorca era eso, el Paraíso”. (Graves and Hogarth, 1965) (traducción propia).

### 1.3. Europa en España, España en Europa

Hace décadas que personas jubiladas del norte y centro de Europa se trasladan a determinados enclaves de la costa española para vivir. España es el país de Europa que mayor población de jubilados extranjeros recibe y los procedentes de países noreuropeos, son el grupo más antiguo de inmigrantes, estacionales o permanentes, presentes desde los años sesenta en suelo español (González, 2008). No se trata tanto de un fenómeno nuevo sino de una derivación del turismo que, a día de hoy, ha adquirido mayores dimensiones y cierta autonomía con respecto al mismo.

La década de los sesenta fue un tiempo de apertura al exterior. España buscaba revitalizar su economía y compensar el déficit de la balanza comercial mediante el turismo. Para los europeos, España era un destino de sol, barato y de tradición. El turismo de masas había despegado y, con él, la creación de infraestructuras con las que se empezaba a edificar la franja costera mediterránea y las islas. Las marcas turísticas de Costa del Sol (Málaga), Costa Brava (Cataluña), Costa Blanca (Alicante), Costa Cálida (Murcia), Costa de Azahar (Valencia) ya tenían identidad y entidad en Europa. La situación económica de entonces era bastante ventajosa para los turistas, lo que motivó que muchos de ellos compraran inmuebles como segunda residencia. Un mercado que tuvo su auge entre 1980 y 1990, con la inflación del precio de la vivienda en el norte de Europa. Los promotores urbanísticos, constructoras, e inmobiliarias, empezaron a marcar el ritmo y distribución de las nuevas áreas de asentamiento. Las miles de urbanizaciones son las huellas de este proceso. El mercado va a ir adquiriendo un papel protagonista como agente regulador de los flujos migratorios, mientras que entre la población española comienza a generarse un sentimiento ambivalente, de invasión por un lado (Jurdao y Sánchez, 1990); y de progreso, por otro.

A finales de los setenta se acuñó el término *guiiri* para denominar al turismo extranjero, un apelativo todavía en uso. Con este vocablo se reconoce no sólo al turista europeo o norteamericano, sino a todo ciudadano caucásico que habite y circule por lugares turísticos,<sup>21</sup> esté de paso o no (Hurtado, 2005). Es una categoría que ha ido adquiriendo una dimensión relacional y comparativa en paralelo al aumento de la diversidad extranjera en la sociedad española. Una pluralidad que ha sido organizada jerárquicamente según las distintas actividades y orígenes nacionales y étnicos de cada extranjero. En uno de los pocos trabajos que existen sobre este tema, Nadja Monnet (2001) recoge de manera comparativa las representaciones sociales que existen sobre

---

<sup>21</sup> Otros detalles como el uso de calcetines y el color rojizo de sus pieles quemadas por el sol, aunque pudieran parecer detalles nimios, forman parte del perfil del *guiiri*. Con otros extranjeros turistas como los asiáticos suelen funcionar otras denominaciones como “japo” aunque se trate de coreanos, de chinos, etc. Para un análisis más detallado de esta figura véase Monnet (2001) y Schriewer (2004).

## Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración

*moros, sudacas y guiris* en Cataluña. Como la autora afirma, si por algo es definido el *guiri*, es por ser un personaje en tránsito, flotante, sin demasiadas implicaciones de cara a su entorno, y en el que la vuelta a su lugar de origen es muy probable (Ibíd.). Se desconoce el origen del vocablo, pero su sentido más común remite a la fase de desarrollo económico de la España de las décadas de los sesenta y setenta con la llegada del turismo.<sup>22</sup>

A pesar de haber establecido su residencia en España, quienes se desplazan desde el norte-centro de Europa no son reconocidos inmigrantes, sino como *guiris*, extranjeros o turistas. Al inmigrante se le relaciona con otro tipo de circunstancias económicas, étnicas, simbólicas y sociales que no concurren en estos inmigrantes. Sin embargo, desde el norte de Europa no sólo llegan turistas. Bajo diversos perfiles de edad, económicos, sociales, así como desde motivaciones varias, muchos de aquellos que pasaron sus vacaciones y tomaron sus respiros del trabajo en España, volvían en calidad de residentes y de (pre)jubilados (Casado-Díaz, 2001; O'Reilly, 2000; Rodríguez et al. 1998).

Y desde el norte de Europa, cada año aterrizan en España nuevos residentes. En su mayoría, se trata de parejas casadas, sin hijos dependientes, y con vivienda en propiedad; grupos sociales de clase media o media-alta, cuyo patrón de asentamiento es la vivienda unifamiliar localizada en una urbanización residencial de una localidad costera. Las motivaciones son muchas y plurales. Puede que para revivir las estancias vacacionales; animados por las cadenas migratorias de amigos o familiares; seducidos por el idilio español reflejado en la prensa, en la radio o en algún programa de la televisión;<sup>23</sup> o al ser persuadidos tras una *inspection trip*.<sup>24</sup> Como afirmaba un informante de una de las investigaciones de Vicente Rodríguez y colaboradores (2005), “no van a Grecia, es demasiado lejos; no van a Italia, es demasiado peligroso; no van a Francia, es demasiado caro;... las alternativas del norte de África son imposibles. España está cerca, es económicamente asequible, es segura y conocida”.

En 1986, España se integró en la UE, trece años después de Gran Bretaña. Con la entrada en la UE, el país intentaba dejar atrás su imagen de atraso e incorporarse a

---

<sup>22</sup> Entre las hipótesis que se barajan sobre el origen del término está la que considera que es la abreviatura del vocablo vasco *Guiristino*, “Cristino”. Nombre con el que durante el siglo XIX los carlistas designaban a los partidarios de la reina Cristina y después, por extensión, a todos los liberales y en especial a los soldados del gobierno. Otra remite a principios del siglo XX, en el habla de los gitanos españoles para quienes los *guiris* eran los miembros de la Guardia Civil. Por último, se considera que es una apelación que toma sus orígenes en la palabra turca *giri*, que significa “la entrada” (Real Academia Española de la Lengua; Monnet, 2001).

<sup>23</sup> En series (*soap operas*) como “*The British in Spain*”, “*Eldorado*”, o los documentales “*Coast of dreams*” y “*Viva España*” (O'Reilly, 2000:24). Otra de las más recientes que se emite en el Reino Unido es “*A place in the sun*”.

<sup>24</sup> Muchos llegan a partir de esta estrategia del mercado inmobiliario con la que se trata de acercar el producto al consumidor. Desde el país de origen les pagan una visita de inspección trasladándoles a la zona donde se encuentra la casa, como hace la agencia “*Atlas Internacional*”. Sitio web: <http://www.atlasinternational.com/es-ES/belize/inspection-trip/about-inspection-trips.htm>



una Europa que ya conocía desde hacía décadas como anfitrión. La Europa presente en España se personificaba en uno de los negocios con mayor auge y con mayor fraude, el de la construcción. Un negocio que consiste en la llamada del promotor y las constructoras a la puerta de la clase política, y de las inmobiliarias a la puerta de los países emisores. Una inversión, para unos; y un sueño para otros, a quienes les dicen ven, y lo dejan “todo”.

En el territorio español, el modelo urbanístico paradigmático del turismo residencial y la migración de jubilados son las *urbanizaciones*. A lo largo de cinco décadas, el negocio urbanístico y de servicios ha crecido transformando drásticamente las áreas costeras.<sup>25</sup> Se ha amurallado el Mediterráneo y la concentración urbanística ha modificado la estructura poblacional de muchos municipios. Son urbanizaciones que surgen de la iniciativa de promotores inmobiliarios, que adquieren un territorio y lo transforman en terreno edificable a disposición de inversionistas y constructoras. Estos últimos lo urbanizan, parcelan y edifican para que las inmobiliarias las vendan en los mercados a los que van destinados. Desde una lógica estratégica de mercado, algunas de estas urbanizaciones son vendidas íntegramente en el mercado extranjero, lo que en parte explica que en ellas se dé una alta concentración de ciudadanos extranjeros. Condensaciones nacionales que son designadas como enclaves (Williams et al. 1997), guetos, o colonias (Jurdao, 1979); caracterizadas por situarse fuera de los núcleos urbanos de las poblaciones a las que pertenecen, por la poca presencia de españoles, y por su ubicuidad a lo largo de la costa mediterránea española (Huber 2005:98).

La visión de negocio rápido y su crecimiento desmesurado ha provocado que muchas de ellas carezcan de los servicios y las infraestructuras necesarias (Vera, 1987; Huber, 2005). Municipios que subsistían sin turismo ahora, no sólo han multiplicado su población, mutado sus paisajes y modificado sus economías; sino que a menudo sus ediles municipales están involucrados en asuntos turbios de corrupción urbanística y escándalos inmobiliarios. Las responsabilidades son compartidas. En esta estructura de la ganancia no hay que olvidar que si bien la creación de espacios turísticos corresponde a la iniciativa privada; el Estado, las Comunidades Autónomas y los municipios también son copartícipes de la proliferación de urbanizaciones (Vera, 1987:119). Es un modelo de desarrollo territorial y económico que ha sido fuertemente criticado por su manifiesta insostenibilidad a todos los niveles (Mazón y Aledo, 2005), pero es un negocio a corto plazo muy solvente para las arcas

---

<sup>25</sup> Para un análisis extensivo de estas transformaciones véase el número “Especial costas”, en el diario *El País*, 11/03/2005.

## *Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración*

municipales cuyo modelo de financiación ha sido históricamente desastroso.

A pesar de la preponderancia de las urbanizaciones como modelo de habitabilidad, los noreuropeos no siempre buscan estar con sus conciudadanos. Hay quienes deciden vivir en las zonas del interior o en pueblos no turísticos, buscando así la cercanía a los españoles y una mayor autenticidad en su experiencia. España no sólo es una delimitación geopolítica, una porción de la UE o un negocio rápido. Existe una dimensión sociosimbólica que se expresa en imágenes, evocaciones y rasgos culturales. España también es un arco de Mediterráneo, metonimia de lo tradicional, una dieta mediterránea, un estilo de vida sosegado o un modelo de familia articulado por vínculos de proximidad. Un espacio de lo aspirado que muestra que la modernidad no sólo transforma la tradición, sino que crea la necesidad de su existencia (Oliver, 2002:169).

### *Cifras del desajuste*

En el territorio español los noreuropeos forman parte de un colectivo informe, difuso y opaco de “extranjeros”. La dificultad para identificarlos entre las cifras estadísticas de inmigración, hace que su presencia sea ajena a la cotidianidad de aquellos que no viven o no trabajan en las áreas en las que éstos habitan. Sin embargo, el panorama migratorio en el Estado español es mucho más heterogéneo que el que el imaginario social de la inmigración nos ofrece. Es un mapa de actores y flujos plural, en el que no se visibilizan otros muchos tipos de movilidad no motivadas por razones laborales. Como señala Carlota Solé, “al referirnos al fenómeno de la inmigración en España, a menudo ignoramos que casi un 50% del volumen total de residentes extranjeros son ciudadanos comunitarios” (2006:8).

Según el padrón de 2007, los extranjeros más numerosos en el Estado español eran los pertenecientes a la UE27,<sup>26</sup> un total de 1,7 millones. Dentro de éstos, destacaban los rumanos (525.000), seguidos por los del Reino Unido (314.000), Alemania (164.000) e Italia (135.000). Entre estas cifras de británicos y alemanes, están quienes disfrutaban de su jubilación en España. Y aunque no vengan desagregadas, podemos anticipar que gran parte de la población total que reflejan estas cifras es mayor de sesenta años, y que su motivación no es laboral. El resto nos remite a otros dos grandes grupos migratorios de países del norte y centro de Europa, reflejo de la pluralidad de perfiles migratorios y los procesos sociopolíticos de conformación de la

---

<sup>26</sup> La UE27 se compone de los siguientes países: Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo, España, Finlandia, Francia, Holanda, Irlanda, Italia, Grecia, Portugal, Dinamarca, Reino Unido, Suecia, Chipre, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, República Checa, República Eslovaca, Bulgaria y Rumania.

Unión Europea. El de los quince primeros países de la Unión Europea,<sup>27</sup> por un lado; y el de los del Centro y Este de Europa, por otro. Los primeros entraron a formar parte de la UE en 2004, y los siguientes son candidatos a su adhesión. Para estos últimos la libre circulación todavía no se ha acordado, lo que les sitúa en circunstancias legales cercanas a las de los extracomunitarios. Las migraciones intracomunitarias de carácter laboral en la UE se conforman en grupos diferenciados en razón a su procedencia, grado de cualificación y segmento del mercado en el que se insertan.<sup>28</sup> Por último, entre las migraciones los países de la UE15 cabe señalar, en relación con nuestro interés, a los antiguos emigrantes retornados y a quienes se desplazan a estas comunidades expatriadas de retiro para cubrir las demandas de sus compatriotas. Ambos grupos suelen estar presentes en los enclaves de retiro. La migración de retiro ha promovido unos nichos laborales, formales e informales, que los extranjeros europeos han sabido aprovechar ofreciendo servicios como la gestión inmobiliaria, alquiler de vehículos, hostelería o servicios médicos.<sup>29</sup>

En el censo de 2001, sólo un tercio de la población extranjera en España era europea, la mayoría de la Unión Europea. Los números se tornan más significativos si observamos que éstos suponen el 77% de las personas extranjeras mayores de 65 años, y más del 90% en las provincias con mayor concentración de migración de retiro, Alicante y Málaga. El 85% de ellas se concentran en las 14 provincias mediterráneas y en las islas Baleares o Canarias, y en Alicante esta población suma un 34% del total. Por lo que refiere a la media de edad, se sitúa en torno a los 60- 65 (Rodríguez et al. 2004). Las nacionalidades más destacadas son: ingleses (más de un tercio del total, el 36%, en 2008) y alemanes.<sup>30</sup> En conjunto, británicos, franceses y alemanes suponen dos tercios del total de extranjeros nacidos en la UE15. Noruega, Holanda, Bélgica, Suiza, Dinamarca o Finlandia son otras de las nacionalidades representadas en casi

---

<sup>27</sup> Los países de la UE15 son: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, España, Suecia y el Reino Unido.

<sup>28</sup> Las migraciones desde el Este-Oeste por parte de nacionales de países de reciente o próxima adhesión (Rumania, Polonia, Bulgaria o Turquía) tienen su origen en la división internacional del trabajo, basada en cadenas migratorias y redes. Es una migración de mano de obra menos cualificada a diferencia de la migración que proviene de países de la UE15, que se desglosa en dos grupos. El primero es la inmigración de directivos de empresas multinacionales, más relacionada con la promoción y la formación, las llamadas élites transmigrantes. En segundo lugar, la inmigración de jóvenes trabajadores, más relacionada con el proceso de construcción europea y la organización de la producción. La movilidad protagonizada por trabajadores cualificados del Norte es mejor explicada desde otros referentes como el fenómeno de las “ciudades globales” (Sassen, 1993, 2004; en Alarcón et al. 2006), de la que Barcelona y Madrid serían un ejemplo. No obstante sus diferencias, todos estos tipos se enmarcan en el proceso de globalización y las transformaciones en los modelos productivos en la movilidad internacional de mano de obra (Alarcón et al. 2006).

<sup>29</sup> Estaría dentro de lo que se ha venido en llamar la movilidad “de los servicios”, derivada del entramado de relaciones económicas y humanas que se dan en el espacio europeo (Solé, 2006).

<sup>30</sup> Los franceses son un grupo particular. Tienden a establecerse en Cataluña y en el norte de la Comunidad Valenciana, probablemente por la mayor cercanía a Francia y por haberse establecido previamente por razones laborales, habiendo envejecido en el lugar (Duhamel, 2005).

### *Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración*

todas las provincias de retiro, aunque sus efectivos sean menores dada también la menor capacidad demográfica de sus países (Rodríguez et al. 2004).

La presencia de extranjeros comunitarios de la UE15 en España no ha dejado de crecer, se ha triplicado en los últimos diez años, pero ha pasado casi desapercibida en términos relativos debido al notorio incremento de la inmigración proveniente del Magreb y América Latina, y de los países de Europa del Este, después. Así, pese a su aumento continuo, desde 1996 la inmigración procedente de los países de la UE15 ha pasado de representar la mitad de la población extranjera empadronada en España, a ocupar menos de la quinta parte en el presente (González, 2008). La presencia de inmigrantes de retiro puede ser seguida a través de las cifras, pero la dificultad de las fuentes españolas para identificar y registrar estos movimientos, el bajo nivel de desagregación de datos, las cuestiones terminológicas y las representaciones sociales asociadas a la inmigración, dificultan el análisis subestimando la importancia de este tipo de movimientos migratorios. A lo que se añade la dificultad de los propios retirados para identificar su situación en España (Gustafson, 2002).

En general, el número de inmigrantes de retiro es bastante superior a lo que indican las estadísticas, dado que parte de este colectivo no considera necesario la inscripción en el registro de extranjeros o en el padrón. Las investigaciones han señalado este problema y sus consecuencias para valorar su volumen real. Muchos no se inscriben por el rechazo a aparecer en registros, por el tiempo que se tienen que emplear en burocracia, por evasión fiscal o porque piensan que pueden perder derechos en el país de origen (Rodríguez et al. 1998; King et al. 2000; O'Reilly, 2000; Casado-Díaz, 2001). Conocer el número de extranjeros comunitarios en España se vuelve una tarea ardua a la que hay que añadir la limitación de fuentes de obtención de datos pues, a diferencia de los no comunitarios, no están legalmente obligados a obtener la tarjeta de residencia a menos que residan más de tres meses al año.

La falta de información, la evitación de trámites y la salvaguarda de sus prestaciones, conlleva un subregistro y una subestimación de las fuentes estadísticas oficiales. Según datos recogidos por Carmen González (2008), se calcula que más del 40% de los alemanes y el 39% de los británicos empadronados no está registrado en el Ministerio del Interior. Así, a 1 de enero de 2008, estaban empadronados en España 924.101 extranjeros nacidos en países de la UE15, mientras que sólo tenían tarjeta de residencia 700.557, lo que implica un 24% de no-registro. Un porcentaje que sería mucho mayor si asumimos que una buena parte de los extranjeros europeos ni siquiera están empadronados.

Los británicos concentran 206.000 tarjetas de residencia frente a los 334.000 que están empadronados, es decir, que el 39% de ellos no está registrado. Si se compara esta cifra con el millón de británicos que el *Foreign Office* del Reino Unido calcula que poseen una vivienda en España en la que pasan temporadas, o los 17 millones de visitas al año de ciudadanos británicos a España, se puede comprobar cuán difícil es conocer con precisión el número de residentes noreuropeos con las fuentes actuales (González, 2008). Ante esta tesitura, para ajustar las cifras a la realidad se recomienda hacer estimaciones basadas en multiplicar las cifras disponibles (Paniagua 1991:265).

A nivel provincial se puede vislumbrar la importancia numérica de estos flujos, pero donde cobra mayor relevancia es en los términos municipales. En los municipios es donde la intensidad de la migración de retiro es más manifiesta debido a la triple concentración geográfica, etaria y nacional de sus asentamientos. A estas densificaciones hay que añadir la concentración temporal que se deriva de los ciclos turísticos. En los periodos vacacionales, las visitas de sus familiares y amistades, más el resto de turistas estacionales, se suman a los residentes ya establecidos. La migración de retiro potencia otras moviidades, por ello, no es de extrañar que los aeropuertos se conviertan en ejes que articulan las áreas residenciales de los inmigrantes jubilados (Rodríguez et al. 2004).

A diferencia de las migraciones internas, las internacionales ponen en juego elementos de más alcance, dado que suponen un cambio mayor y unas reclamaciones entre Estados en las que se discuten los impactos políticos, económicos y sociales. El índice de voto es bastante bajo, pero es un tema que preocupa puesto que podría alterar la composición de la corporación electoral (Paniagua 1991:265). Por otro lado, los efectos más inmediatos del asentamiento de retirados, producen una redistribución tanto de ingresos y riqueza como de costes sociales y económicos (Age Concern et al. 1993; Williams et al. 1997), que son foco de debates en cuanto a las competencias: ¿quién se debe encargar de las necesidades de los migrantes?, ¿el Estado de origen o el de destino? Ya se empieza a notar la presión en la demanda de algunos servicios, especialmente cuidados a domicilio y plazas residenciales (Huber, 2000), y otros retos en materia de políticas sociales. Aspectos que la agenda política municipal, estatal y europea está revisando. Unas demandas que se plantean también a la luz de un dato relevante que suele aparecer en casi todos los estudios: una gran mayoría de jubilados afirman no querer volver a su país de origen (Casado, 2001:280).

#### 1.4. La Costa Blanca. Bueno, bonito y barato

Alicante, con sus 240 kilómetros de costa, es la provincia del Estado español en la que residen mayor número de retirados europeos. Las personas empadronadas originarias del Reino Unido y Alemania superan las 157.078 en un total de población extranjera que, a comienzos de 2008, ya alcanzaba a 440.311 personas.<sup>31</sup> Siguiendo la A-7, la Nacional 332, o mirando a ambos lados de los nuevos viales costeros, se puede ver el contraste de los espacios rurales con los diseminados enjambres de urbanizaciones. Estos dominios forman parte de los espacios naturales y agrícolas que fueron recalificados en los años cincuenta y sesenta para ser urbanizados. El ideario desarrollista y capitalista llevó a que el modelo económico de desarrollo se focalizara en la prestación de servicios turísticos. Eran tiempos en los que la prensa extranjera valoraba acriticamente las nuevas infraestructuras que para el turismo se levantaban en Alicante, un flujo descrito como “neocolonialismo pacífico” (Vera, 1987: 125).

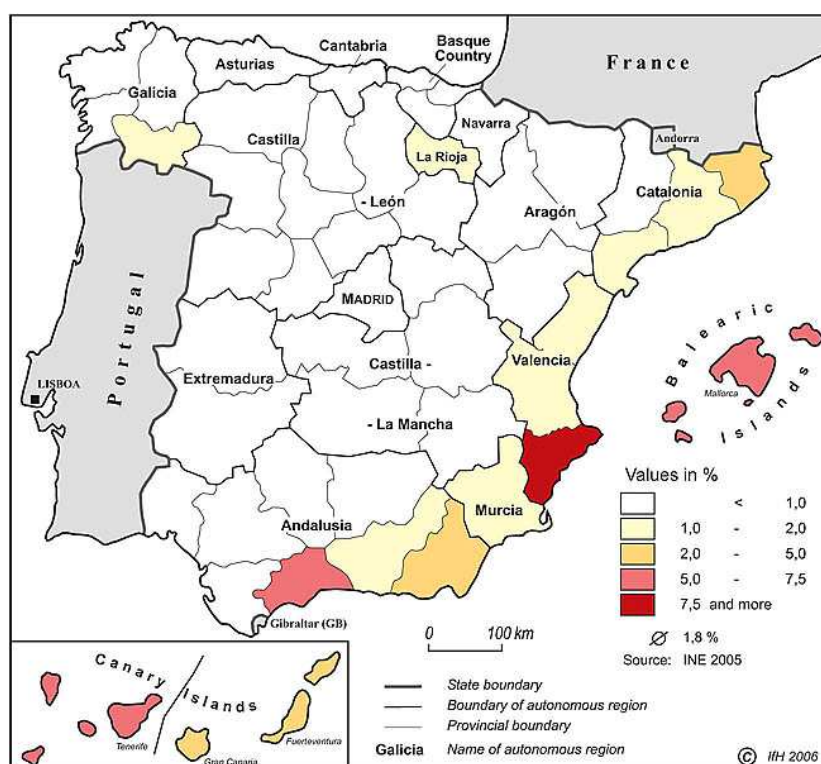


Figura 2. Inmigración de retiro en España por provincias  
Fuente: Michael Janoschka (2009)

<sup>31</sup> En este cómputo la población marroquí se sitúa como el segundo grupo mayoritario en la provincia de Alicante (29.419). A su vez, la corriente migratoria procedente de países del Centro y Sur de América se coloca en tercera posición, compuesta principalmente por ecuatorianos (22.983), colombianos (19.923) y argentinos (11.071) (INE).

La Costa Blanca es paradigma del paso del turismo al turismo residencial o inmobiliario. Una transición desencadenada por la irrupción de la industria turística (Casado-Díaz, 2001:11), cuya impronta son las transformaciones en las actividades económicas, las morfologías urbanas y las estructuras sociales aparejadas a la irrupción de este negocio. Numerosas poblaciones alicantinas han modificado no sólo su fisonomía, agotando su suelo urbanizable, sino también su demografía,<sup>32</sup> en ocasiones superando la cifra de extranjeros a la de los autóctonos. La concentración se da en dos comarcas del norte y en una del sur: la Marina Alta y Marina Baja, y el Bajo Segura.

Haciendo un recorrido por las comarcas más representativas y las cifras del padrón de 2007 recogidas en el Anuario CeiMigra (2007), señalaremos que, en La Marina Alta, 12 municipios tienen entre el 33% y el 50% de población procedente de la Unión Europea: L'Atzúbia, El Ràfol d'Almúnia, Els Poblets, Xàbia, Tormos, Benidoleig, Orba, Murla, Parcent, Benigembla, Xaló y Benissa. En otros cuatro supera el 50%: Alcalalí, Llíber, Teulada y El Poble Nou de Benitatxell. En la comarca de La Marina Baixa, en 2 municipios se sitúa entre el 33% y el 50%: La Nucía y Finestrat. En L'Alfàs del Pi, supera el 50%. Finalmente, en la comarca más al sur, la de la Vega Baja, en 6 municipios se sitúa entre el 20% y el 33% de la población total de cada municipio: Orihuela, Bigastro, Torrevieja, Guardamar del Segura, Formentera del Segura y Daya Nueva. Otro municipio más, Daya Vieja, tiene entre un 33% y un 50% de población procedente de otros países de la Unión Europea. Y en otros 5 municipios, los extranjeros de la UE sobrepasan el 50% del total del municipio: San Miguel de Salinas, Algorfa, Benijófar, Rojales y San Fulgencio.



**Figura 3.** Mapa comarcal de la provincia de Alicante  
Fuente: [www.familyhouse.es](http://www.familyhouse.es)

<sup>32</sup> Para ver un análisis del turismo y la urbanización en el litoral alicantino, véase Vera Rebollo (1987).

## Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración

La mayoría de los términos municipales están en la costa, pero la saturación y agotamiento de la misma ha hecho que se edifique más hacia el sur de la provincia y hacia el interior, donde encontramos algunas de las urbanizaciones de mayor tamaño. Por otro lado, están aquellos que prefieren fijar su residencia en pequeñas localidades más tranquilas del interior que carecen de experiencias de turismo previas. Es la llamada por ingleses, y alemanes y suizos como *inland* o *hinterland*, respectivamente, en la que buscan mayor contacto con la sociedad española y un alejamiento de las aglomeraciones de compatriotas.

Según edad, el censo de 2001 señala que del 95% de europeos mayores de 65 años sobre el total de extranjeros, el 37% son ingleses y el 20% alemanes. Los números pueden tener otras lecturas, pues no todos los países emisores tienen la misma población. En este sentido es interesante resaltar que si bien la representación suiza en la provincia no destaca en términos absolutos, la urbanización Ciudad Quesada, en Rojales, aglutina la mayor cantidad de suizos de toda la Costa Blanca con un total de 850 suizos (Huber, 2005). Otro rasgo reseñable es que los jubilados de mayor edad de la provincia a finales del año 2000, eran suizos y suecos (Ibíd.). O que la mayor colonia de noruegos fuera de sus fronteras se encuentra en L'Alfàs del Pi, con 2.500 empadronados. Una presencia que se refleja con la presencia de un concejal noruego.<sup>33</sup>

Los paisajes urbanísticos y humanos que nos trasladan estas cifras tienen un impacto reseñable. El sentimiento de pérdida de vínculos de los habitantes con el territorio, esto es, la identidad territorial, es uno de sus efectos, a menudo acompañado de resentimiento hacia la población extranjera por su ocupación del espacio. En una conferencia, Manuel Alcaraz, profesor de la Universidad de Alicante, analizaba cómo la identidad de Alicante se había construido en base a lo intemporal, en base al clima. Y criticaba que la ideología en torno al clima estuviera legitimando cualquier acción como la depredación del territorio. Lamentaba que en la provincia, la poética de los horizontes se hallara sepultada bajo el negocio.

Para completar la panorámica migratoria de Alicante, hay que resaltar que ésta no sólo se alimenta de quienes vienen a descansar a la Costa Blanca, sino que se caracteriza también por recibir flujos migratorios de los que vienen a trabajar (López de Lera, 1995). Un escenario plural similar al que Pere Salvà Tomàs<sup>34</sup> (2005) ha

---

<sup>33</sup> En estas cifras no todos son personas jubiladas. En Alfàs del Pi la presencia noruega ha cristalizado en centros escolares con enseñanzas convalidables con las de su país, iglesias, panaderías, médicos o la primera oficina de la Seguridad Social que el Gobierno de este país inauguró fuera de sus fronteras en el 2004 (“Alfàs del Pi, embajada noruega”. *El País*, 08/09/05).

<sup>34</sup> Para estas dos corrientes Salvà-Tomàs (2005) ha asignado una tipología según modelos migratorios residenciales como el de “nueva Florida” y “nueva California”. El primero estaría relacionado como un lugar de



descrito para las Islas Baleares, donde la inmigración extranjera se compone de dos flujos: sur-norte y norte-sur; con implicaciones, condiciones de vida, motivaciones y situación con respecto a la población autóctona, diferenciadas. Reflejo de que ni hay únicamente unos “otros”, ni hay únicamente un “nosotros”; ni ambos son ahistóricos, ni ambos están descontextualizados socioculturalmente, a pesar de que la inmigración de retiro no forme parte del imaginario migratorio.

### **1.5. De los aires, las aguas y los lugares, a los enclaves de sol**

Cada foco de retiro, cada ruta migratoria, cada vínculo entre las distintas regiones y poblaciones que entran en contacto, tiene su propia genealogía y su propio contexto económico, político y social. Pero hay algo que las hace semejantes y comparables, esto es, el periodo vital y post-laboral en el que los actores sociales realizan su desplazamiento, y la motivación general de búsqueda de una mejor calidad de vida que orienta sus itinerarios. Un bienestar que hoy en día se asocia generalmente a climas cálidos y a destinos de sol, pero que se funda en la creencia social de que determinados entornos tienen la virtud de ser reparadores y sanadores.

La movilidad relacionada con la búsqueda de salud tiene un origen histórico. Los lugares que por sus características se ha considerado que tenían propiedades para mejorar la salud, han sido objeto de numerosas peregrinaciones y viajes. Estos desplazamientos han tenido históricamente dos dimensiones, la del éxodo y la de la búsqueda; relacionadas con factores de empuje y de atracción, respectivamente. Por un lado estaría la huida de los lugares de la enfermedad y de la epidemia hacia entornos a salvo de las mismas. Mientras que, por otro lado, la movilidad tendría como fin la persecución de la salud a través del acceso a lugares que por sus características se consideran más saludables; con la esperanza de que un cambio de clima, un cambio de aires o de aguas, pudieran si no curar una enfermedad, al menos aliviarla (Kevan, 1993).

Siguiendo la revisión que Simon M. Kevan (Ibíd.) realiza sobre el turismo de salud, a mediados del tercer milenio antes de Cristo ya se pueden encontrar evidencias del mismo. Los datos arqueológicos apuntan que peregrinos que al parecer sufrían de problemas en los ojos, marchaban hacia el templo de Tell Irak, en Siria, para visitar a una deidad de poderes curativos. Se especula que en este tipo de desplazamientos de peregrinaje, la cura guardaba estrecha relación con el entorno medioambiental. Distintas medicinas empezaron a considerar también que determinados entornos y

---

consumo con flujos migratorios de residentes de edades maduras, y el segundo, como un lugar de producción y demanda de mano de obra cualificada, produciendo un incremento de la inmigración laboral y una reducción del peso relativo de inmigración residencial.

## Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración

condiciones climáticas podían influir en la salud. Los médicos de la Antigua Mesopotamia reconocieron que fenómenos atmosféricos como el viento, el frío y el polvo podían afectar a la salud. También en el antiguo Egipto y en China se vinculaba el clima y la salud. Pero fue Hipócrates, en su tratado “*De los aires, de las aguas y de los lugares*”, quien estableció el fundamento de las terapéuticas que utilizan las distintas condiciones climáticas para mejorar el curso de determinadas enfermedades o para fortalecer la salud. Una creencia que ha marcado la distribución histórica y geográfica de las áreas de reposo y de salud en el mundo. Localizaciones que tienen mucho que ver con las diferentes interpretaciones históricas que ha recibido el *Corpus Hipocráticum*.

La biomedicina también tiene en su haber una serie de terapias y sanatorios relacionados con condiciones ambientales. Unos recursos curativos que tuvieron su auge en determinados periodos históricos. Las distintas curas de aire, agua o sol, así como los climas marítimos, han sido considerados como fuentes de salud y bienestar, y medios eficaces para remediar o aliviar enfermedades. En la Inglaterra de los siglos XVII y XVIII, la falta de luz solar fue relacionada con el raquitismo. Una enfermedad que llegó a llamarse la “Enfermedad Inglesa” por su condición endémica en la industrial y contaminada e insalubre Inglaterra de los siglos XVII y XVIII. En el siglo XIX, empiezan los primeros estudios sobre climatoterapia de la mano del doctor Virey. En su obra de 1813, éste defiende la terapéutica de las curas de aire en las montañas y los periodos invernales en la costa. A comienzos del siglo XIX, la acción del sol como agente terapéutico empieza ya a tomarse en mayor consideración. En esta tendencia destacan los médicos de la Escuela de Lyon que recomendaban las curas de sol para las artritis tuberculosas (Hobday, 2000; Duarte, 2005).

El más importante de los helioterapeutas de la época fue Rickli, un suizo no médico que en 1885 construyó en Austria un sanatorio para la helioterapia, lo que despertó el interés de médicos como Oskar Bernhard y Auguste Rollier. Este último publicó en 1902 las bondades de los baños de sol en el tratamiento de heridas de cicatrización lenta y de tuberculosis externas (Gili y Condomines, 1977:18). Mientras que Rollier, en los mismos años, se dedicó a promover la helioterapia. Consideraba que la exposición al sol era beneficiosa para la tuberculosis ósea y articular, que podía actuar como profilaxis. Desde esta convicción y con un fin preventivo, hizo construir sanatorios en Leysin, Suiza. Fue el más reconocido helioterapeuta de la época, con treinta y seis clínicas con más de mil camas. A partir de ahí empezaron a tratarse numerosas enfermedades, a discutir si la aplicación de la helioterapia era mejor en la montaña o en la playa. Así, se fueron creando estaciones climatoterápicas en diversos lugares, a la par que desarrollando una labor propagandística a la que se sumaron

científicos y médicos que en sus obras plasmaron el efecto de las condiciones climáticas, higiénicas y de equipamiento (Biedma, 2007).

Las estaciones climáticas siempre han ido unidas a lugares de veraneo, al descanso, a la distracción y a la diversión. El Reino Unido tenía las suyas propias como la de Bath, donde “tomar aguas” por indicación médica constituía un buen pretexto para aprovechar unas vacaciones. En Alemania era conocida Marienbad, en Bohemia, donde Goethe tomaba las aguas. Conocidos son también los tours al Mediterráneo de la época victoriana. El imaginario asociaba al viaje la propiedad de curar las enfermedades, el frío y el aburrimiento de la vida de las metrópolis del norte (Rojek, 1993). Unos desplazamientos que estaban cruzados tanto por la clase como por el género (García-Dauder, 2005).<sup>35</sup>

En los años veinte y treinta, la costa y las zonas rurales en Inglaterra, Francia; pero también en Bélgica, Italia; así como la costa norte de España, en particular San Sebastián-Donostia, eran destinos de élites. Sin embargo, el ferrocarril hizo posible que las clases trabajadoras accedieran a estos y otros lugares (King et al. 2000:20). Alicante, fue uno de ellos. Se convirtió en una de las estaciones de balneoterapia marina más populares en el periodo de auge de los baños con fines curativos en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX. La mejora de los medios de transporte a partir de la segunda mitad del siglo XIX, contribuyó a la frecuentación de este tipo de núcleos. Alicante, emulando a las estaciones mediterráneas encuentro de la aristocracia, intentó aprovechar también su favorable climatología para promocionar la ciudad como residencia invernal<sup>36</sup> (Vera, 1987:47).

Con la industria farmacéutica la helioterapia cayó en desuso y hoy en día se escuchan más las prevenciones de las exposiciones excesivas al sol, que los discursos sobre sus bondades. No obstante todavía resuenan estudios y consideraciones sobre la acción del sol en la salud que, en ocasiones, son el trasunto por el cual estos enclaves de sol forman parte de las recomendaciones médicas. Como ejemplo, podemos citar un estudio del *British Journal of Dermatology* publicado en 1998, en el cual se explica la experiencia de cuarenta y seis pacientes finlandeses que recibieron un tratamiento de

---

<sup>35</sup> Silvia García Dauder (2005:91-92), apunta la diferenciación de género en el tratamiento de las enfermedades de los nervios en la segunda mitad del siglo XIX. A las mujeres se les trataba con curas de reposo total en cama mediante el aislamiento y la privación sensorial, prohibiéndoles cualquier conato de trabajo intelectual. Sólo las mujeres ricas podían permitirse largos tratamientos y curas de reposo. En contraste, en el caso de los varones el tratamiento consistía en viajes a balnearios en contacto con la tranquilidad y el reposo de la naturaleza.

<sup>36</sup> *El Alcázar*, 21/11/1957: “Alicante estación invernal y centro importante de turismo” decía: “(...) excepcionales posibilidades, en primer lugar por su incomparable clima que la acredita como ciudad eminentemente turística en toda época, ya que, según los datos meteorológicos, es considerada como la mejor estación invernal de Europa (...)” (Vera, 1987:122). Las excelencias del clima de Alicante incidían en las facilidades del viaje Madrid – Alicante: “Catorce horas de ferrocarril bastan para efectuar el cambio” en *El Imparcial*, 25/10/1880 (Ibíd.).

## *Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración*

helioterapia de cuatro semanas en las Islas Canarias. Fueron enviados allí por la debilidad del sol finlandés y la escasez de días soleados que mejoraran sus psoriasis de larga duración. El estudio mostró que enviar pacientes con psoriasis severa a Canarias, era económicamente más efectivo que los continuos ingresos hospitalarios o tratamientos ambulatorios (Snellman et al. 1998).

Como en las antiguas peregrinaciones, pero en clave de sol, la búsqueda de un clima cálido es la dinámica que guía el canon migratorio de retiro. Jubilados del centro y norte de Europa se dirigen hacia los centros de retiro del sur europeo, en busca de ritmos de cadencia libre y armonías que resuenen en una vida más saludable, más enfocada al exterior y con mayores posibilidades de sociabilidad. Una mercantilización de lo saludable a partir de la migración a determinadas geografías, donde la creencia en la capacidad restauradora del “huir de todo” todavía permanece como mito cultural en uso (Rojek, 1993).

### **1.6. Nuevos viejos, viejos temas**

Uno de los aspectos que más cuesta disociar del imaginario de lo inmutable e impermeable al cambio social es la vejez. Sobre ella todavía pesa una mirada naturalizada desde la biología y la cronología. Sin embargo, no hay segmento social ni cultural que no mude. El siglo XX ha sido testigo de grandes transformaciones en la manera en la que se entiende y se vive el periodo posterior a la jubilación; el que era considerado el umbral de entrada en la llamada vejez o tercera edad. La jubilación ha estado históricamente ligada a la vejez y viceversa. La definición convencional de las personas mayores desde su edad cronológica es un fenómeno moderno que nació de la burocratización del curso vital en torno a lo laboral, en este caso a la administración de las pensiones de jubilación.<sup>37</sup> La edad de salida del mundo productivo, entre los sesenta o los setenta años, era el marcador social arbitrario que daba paso a otra categoría etaria y social. Hoy en día hay más dimensiones, aparte de la cronológica, que están cobrando protagonismo en nuestra manera de entender la edad, desafiando los parámetros que organizan temporalmente nuestras vidas. La dimensión corporal, la social o la médica, entre otras, han modificado no sólo la vivencia subjetiva de la edad sino su reconocimiento social. Esto ha llevado a que los límites entre la adultez y la tercera edad se hayan vuelto difusos. Se ha hecho necesario expandir los parámetros etarios y modificar sus compartimentos para dar cabida a nuevas categorías que

---

<sup>37</sup> Matizar que en el caso de las mujeres ha pesado también la consideración biológica de su capacidad reproductora, que llegada a su fin con la menopausia, marca las consideraciones de entrada en la vejez. La menopausia ha significado la entrada generizada en la vejez, vista como sintomática del declive (Featherstone and Hepworth, 1998). No obstante, la investigación antropológica ha mostrado cómo diferentes mujeres en distintas culturas responden de forma variada al cese de la menstruación (Lock, 1991).

intentan captar las distintas realidades que se atraviesan en los cursos vitales contemporáneos.

La jubilación también es una experiencia cada vez más fragmentada, tanto en términos de cuándo sucede como en la manera en la que es utilizado el tiempo (Gilleard and Higgs, 2000). Muchas de las actualmente jubiladas y jubilados no se sienten viejos ni se reconocen en los atributos y perfiles asociados a la tercera edad. Así tenemos términos que distinguen entre los jóvenes adultos, los adultos de mediana edad, los adultos mayores, y los viejos-viejos,<sup>38</sup> como reflejo de las distintas circunstancias, condiciones y expectativas de este largo periodo.

El bienestar económico sin precedentes en la historia de Occidente, con la disponibilidad de ahorros, las pensiones, la propiedad inmobiliaria, y la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, han influido en la seguridad financiera de las generaciones actuales de personas jubiladas (King et al 2000), y en consecuencia, en sus aspiraciones. Una variedad de acrónimos anglosajones de carácter popular intentan describir a todos aquellos que se adentran en los, ahora considerados, años dorados de la jubilación: *Zuppies* (*Zestful Upscale People in their Prime*)<sup>39</sup>, *Woopies* (*Well-Off Older People*)<sup>40</sup> o *Glams* (*Graying Leirsured Affluent Middle-Aged*)<sup>41</sup>, *Muppies* (*Mature, Upscale, Post-professionals*)<sup>42</sup>. Si algo se quiere destacar de estos “nuevos viejos” es que, aparte de compartir el periodo post-laboral, el disfrute de las pensiones o los nidos vacíos, disponen de mucho tiempo. La jubilación ha sido reconceptualizada como “las más largas vacaciones” (Gilleard, 1996) o como “un largo domingo” (Fericglà, 1992), donde la tercera edad sugiere diferentes experiencias que antaño:

“Que eso son los *zuppies*. Aventureros armados de jubilación anticipada, con una tediosa vida profesional por detrás y mucho ocio por delante, pensionistas dispuestos a cometer en la tercera edad las locuras del cuerpo, el alma y la cartera prohibidas cuando eran treintañeros.(...) Los *zuppies* son los únicos que arriesgan en la bolsa después del lunes negro, esquían por pistas suicidas, pescan tiburones caribeños y regresan a la nicotina, el colesterol, la caloría y el alcohol luego de haber malgastado la segunda edad rumiando zanahorias, coliflores, rábanos y Adidas. Los *zuppies* le han dado un giro copernicano a la estética del pensionista. Nada de nietos en las rodillas, crucigramas, jardinería, cardiólogos, bonos del Tesoro, Kundera y otras resignaciones. Son clases nada pasivas. Huyen del hogar por un flechazo de la edad de sus hijos, invierten en negocios absurdos, se rebelan contra la dictadura médica y adoran la incertidumbre según avanzan hacia la única certeza.”<sup>43</sup>

---

<sup>38</sup> Las mejores condiciones de vida y los avances médicos han hecho que las sociedades occidentales sean más longevas, la esperanza de vida sea mayor, y las consideraciones tradicionales sobre los tramos de edad tengan que ser revisadas. Los estadios de infancia, juventud, adultez, vejez se han subdividido en etiquetas, cuyas fronteras son cada vez más difusas, para presentar nuevas diferencias como la diversidad de personas mayores (*middle-age, young-old, old-old*); y las transiciones en el curso vital son más fluidas y menos estandarizadas (Featherstone and Hepworth, 1991).

<sup>39</sup> Entusiastas y exclusivos en la flor de la vida.

<sup>40</sup> Mayores acomodados.

<sup>41</sup> Mayores ociosos y acomodados.

<sup>42</sup> Maduros, acomodados y jubilados.

<sup>43</sup> Juan Cueto en un artículo en el diario *El País*, 22/01/1998.

### Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración

El notable incremento en el número de personas mayores y la proporción de sociedad que representan, ha potenciado también nuevas agendas culturales basadas en el consumo (Gilleard and Higgs, 2000). Los adalides del marketing no han dudado en captar a esta potencial clientela porque, si algo tienen muchos de ellos en común, son posibilidades económicas y mucho tiempo para consumir, desde medicinas hasta viajes. Etiquetas como *the grey market*, *the senior market*, *the mature market*, *young senior generation*,<sup>44</sup> son reflejo de su incorporación a la sociedad de consumo. Las personas mayores cada vez viajan más porque su salud se lo permite, y su seguridad económica también. Disponen de mayor educación, de una experiencia turística amplia, son más independientes y tienen menos obligaciones familiares. Como otros grupos de edad, participan de la experiencia del ocio y del viaje, esto es, de los ideales de elección, creatividad y libertad como actividades legítimas tras la jubilación. Según las perspectivas, la población mayor va a ir en aumento debido, entre otros factores, a los avances en la medicina y a los sistemas de protección social, que mejorarán el nivel de vida de muchas personas mayores. Estos cambios van a permitir que en la jubilación se viva más y mejor, lo que dará paso al desarrollo de modelos emergentes de participación social en esos tramos de edad. La migración de retiro es una de estas opciones legítimas y accesibles.



**Figura 4.** Publicidad de empresa inmobiliaria especializada en comunidades de retiro en Florida y Arizona

Fuente: <http://www.americanlandlease.com>

<sup>44</sup> El mercado gris, el mercado senior, el mercado maduro, la generación senior joven.

Las condiciones materiales para vivir la jubilación han mejorado, se han ampliado las posibilidades para entender el envejecimiento, pero la mirada negativa sobre la vejez persiste en muchas manifestaciones contemporáneas. Desde la clase política, el aumento de la población mayor resultante de las condiciones de bienestar actuales es visto con preocupación. El envejecimiento demográfico no tiene precedentes históricos y ha despertado la alarma sobre la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en relación al aumento de personas mayores, las variaciones en su estado de salud y la evolución de los costes de la asistencia sanitaria.<sup>45</sup> A nivel global, la sociedad está envejeciendo tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. El aumento de las expectativas de vida, que se han extendido enormemente a lo largo del siglo XX, y el descenso de la tasa de fertilidad, han contribuido a que en muchos de los países desarrollados, la presencia de personas mayores sea más notable. En el Reino Unido, la expectativa de vida al nacer entre quienes nacieron en 1910 y quienes los hicieron en 1992, se ha incrementado en 22 años para los hombres y en 23,5 años para las mujeres (Patterson, 2006). En 2025 se calcula que un tercio de la población europea tendrá más de 60 años, produciéndose un incremento importante del número de personas con 80 años o más (EUROPEAN COMMISSION, 2006), con sus consecuencias drásticas en modificación de las pirámides poblacionales.

La percepción de este cambio y sus perspectivas de aumento, acuñado críticamente por algunos como *demografía apocalíptica* o *alarmista* (Katz, 1992), ha repercutido en el interés de Estados y organizaciones internacionales hacia las personas mayores, y la priorización en sus agendas de lo relacionado con el envejecimiento. La Comisión Europea designó el 1993, como *Año europeo de la tercera edad y la solidaridad entre las generaciones*. La OMS elaboró en 1996 su *Declaración de Brasilia sobre el envejecimiento*. El año 1999 fue declarado por la Organización de las Naciones Unidas como el *Año Internacional de de las Personas Mayores*. En estas conferencias, informes y declaraciones se extrae la idea de que las personas de edad sanas son un recurso para sus familias, sus comunidades y la economía. Se incide en el horizonte deseable: el de un envejecimiento saludable, positivo, exitoso, activo. El mensaje que se extrae es que cuanto más activas sean las personas mayores, más aportarán a la sociedad; o dicho de otro modo, cuanto más pasivas sean y su envejecimiento sea menos saludable, mayor carga supondrán a la sociedad.

---

<sup>45</sup> Unos cambios que guardan relación con las teorías de la “transición demográfica” y la “transición sanitaria” como cambio de régimen demográfico y epidemiológico en los países desarrollados (Robles et al. 2000).

## Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración

En una cultura de exaltación de la juventud en donde las pirámides de edad van ensanchándose por lo alto y la visibilidad social de las personas mayores aumenta, el rechazo a la vejez sigue haciéndose patente. El edaísmo,<sup>46</sup> las tecnologías anti-edad, la invisibilización en los medios de comunicación, los estereotipos negativos o la visión de las personas mayores como una carga, son ejemplo de ello. Tampoco los avances médicos, tecnológicos y sociales han hecho desaparecer inherentes existenciales como los cambios corporales y la muerte. Estas paradojas del envejecimiento que se despliegan entre emergencias y constantes, con lo modificable y lo irreversible, forman parte indisociable del marco de sentido de la migración de jubilados.

### 1.7. Algo huele a podrido en el reino de Dinamarca<sup>47</sup>

El Reino Unido es el país de pertenencia de la mayor parte de inmigrantes de retiro que recibe tanto el Estado español, en general; como la Costa Blanca, en particular. Para entender de un modo más amplio una migración, no sólo podemos preguntar por qué vienen, sino entender cuándo y de dónde vienen, cuáles son sus contextos socioculturales, y qué tipo de factores han favorecido determinadas elecciones. La mirada sobre la inmigración ha de venir complementada por la mirada sobre la emigración, porque incluso aquellos que ostentamos el privilegio de la movilidad, no sólo buscamos en otros lugares algo mejor, sino que dejamos atrás lo que incomoda, lo que nos limita. Sin embargo, la atracción turística de los lugares de destino, forma parte del reverso de los factores de expulsión. La emigración desde el Reino Unido no es sólo una cuestión de atracción hacia España ni únicamente de personas mayores, sino que excede dicha ruta y perfil. Bastó bucear un poco por los periódicos ingleses, para descubrir la existencia de un debate mediático abierto más amplio, referido a la emigración al extranjero de nacionales británicos de distinta condición y con metas diversas.

Estamos en la “era de la movilidad”, pero en ella los discursos europeos suelen girar en torno a la inmigración, enfatizando la legalidad de unos desplazamientos y la ilegalidad de otros. La emigración acaba visibilizándose como una estrategia que sólo utilizan los demás, los que vienen de países en vías de desarrollo en busca de una vida digna. Es por ello que las cifras de emigración desde el Reino Unido despiertan cierto desconcierto, ironías, y el marco idóneo para la confrontación política. Durante el 2006, el *Institute for Public Policy Research* (IPPR) se dedicó a recoger datos sobre

---

<sup>46</sup> También traducido como edadismo, del inglés *ageism*, para nombrar la discriminación por razón de edad.

<sup>47</sup> Frase extraída del diálogo de Marcelo en el Acto I, Escena XI de Hamlet, Príncipe de Dinamarca de William Shakespeare, y utilizada popularmente para señalar que algo no va bien. Encontré esta frase aplicada al Reino Unido en un comentario de un portugués a propósito de la desaparición de la niña inglesa Madeleine.



cuántos nacionales británicos había instalados a lo largo y ancho del mundo. Según sus estimaciones, 5,5 millones de británicos, o lo que es lo mismo, 1 de cada 10, residían en el extranjero, con Australia y España a la cabeza como principales destinos. Si se tienen en cuenta las estimaciones sobre el cómputo total de británicos que viven en el extranjero al menos una parte del año, la cifra asciende a 14 millones. De la evaluación longitudinal de los datos de emigración, obtenemos un incremento anual como tónica. De 2001 a 2006 se había doblado la cifra, pasando de 53.000 a 107.000 emigraciones, lo que suponía la salida de unas 2.000 personas a la semana. El contingente se compone, mayoritariamente, de jóvenes cualificados sin familia en busca de trabajo y, tras ellos, los jubilados y prejubilados. Según las encuestas, estos datos van a mantenerse en los próximos 5 años pues se calcula que 1 millón de británicos se trasladarán, y unos 500.000 vivirán en el extranjero gran parte del año.

El crecimiento de la emigración británica no pasó desapercibida para los medios ni para la opinión pública. Los principales medios de comunicación del Reino Unido, *The Times*, *The Telegraph*, *The Guardian*, *The Independent* o la BBC se hicieron eco de ello. Se abrieron debates que planteaban lecturas del fenómeno migratorio en términos opuestos: como búsqueda de nuevas oportunidades o como abandono de un país encaminado a la deriva. Incluso algunos lanzaron proyectos de colaboración con los internautas y lectores en sus respectivas webs que todavía siguen vigentes, como es el caso del llevado a cabo por la BBC.<sup>48</sup> La pretensión era y es la de recopilar información sobre quiénes, dónde y por qué se ha emigrado, para entender las razones que impulsan a abandonar el país.

Desde otros sectores ideológicos, la dispersión de británicos por el mundo que en otro tiempo fue sinónimo de imperio y poder, ahora se problematizaba como síntoma de desintegración y debilidad, como el diario *The Telegraph*<sup>49</sup> los datos del IPPR eran alarmantes.<sup>50</sup> Este diario lanzaba la pregunta de por qué había tantos británicos emigrando, en el que juzgaba el mayor éxodo de sus nacionales desde antes de la I Guerra Mundial. Una cuestión que se clausuraba con otra más: “si eres un expatriado, ¿hay algo que el Gobierno podría hacer para convencerte de que vuelvas?”

---

<sup>48</sup> La BBC en 2006 desde su proyecto virtual “*Brits Abroad: Who, where and why*” animaba a los lectores a que aportaran sus testimonios y fotos para conocer quiénes son, dónde están y por qué se van. Sitio web: [http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/5285454.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/5285454.stm)

<sup>49</sup> Sitio web: <http://www.telegraph.co.uk/news/yourview/1561015/Why-are-so-many-people-emigrating-from-the-UK.html>

<sup>50</sup> A estos datos se añadían las cifras recogidas por Jay Winter, de la Yale University, el último éxodo comparable se dio en el periodo entre 1911 y 1914, cuando 2,4 millones de personas dejaron Gran Bretaña. El otro pico emigratorio destacable fue a finales de 1950 y comienzo de 1960, cuando miles de británicos se trasladaron a Australia, Canadá y los Estados Unidos. Aquí ofrecían también datos de la Oficina de Estadísticas el año pasado: 207.000 ciudadanos británicos, o dicho de otro modo, 3 minutos un ciudadano británico abandonaba el país mientras que por otro lado 510.000 extranjeros llegaban para instalarse un año o más.

### *Capítulo 1. Migrar tras la jubilación o la cartografía de una aspiración*

A estas preguntas había cerca de 800 comentarios entre réplicas y contrarréplicas. En consonancia con la ideología de los lectores de este periódico, muchos de los comentarios, algunos de ellos escritos por jubilados, eran quejas que rezumaban añoranza de la que fue la *Great Britain*. En estas manifestaciones se señalaba a la dirección política como la responsable del proceso de desintegración del país, en particular, por su gestión de la inmigración. Otros comentarios hacían referencia a la inseguridad y al alto coste de vida: tasas, comida, gasolina, casas, etc.

Cada medio interpretaba la emigración según su posición política. Pero todos coincidían en su preocupación por la fuga de cerebros ante la cantidad de jóvenes altamente cualificados que estaban desapareciendo como fuerza de trabajo para el Reino Unido. Por el contrario, la emigración de jubilados no inquietaba más que por la necesidad de aclarar si el *Nacional Health Service* (NHS) tenía que seguir cubriendo a los emigrantes, o si las pensiones enviadas al extranjero deberían estar vinculadas a los costes locales de vida (BBC). Los cuerpos ancianos no son precisamente los que representan la fuerza de la nación. No son vistos desde su aportación a la construcción nacional sino desde el gasto que suponen. Son presentados como sujetos de lecturas numéricas de la movilidad, pero también son artífices de cambios personales y sociales. Éstos son los cuerpos de las jubiladas y jubilados que arriban a la Costa Blanca.



## **2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas**

La migración de retiro es un fenómeno multicausal, en cuyo seno se cruzan muchos otros procesos sociales que le dan forma y sentido. Es desde esta multiplicidad de dimensiones que se ha realizado una búsqueda teórica amplia y se han establecido las bases desde las que parte el análisis. La composición de las contribuciones en torno al objeto de estudio ha conllevado el recorte de un texto amplísimo. Por razón de sus limitaciones epistemológicas, como por su posición entre varios campos temáticos, el estado de la cuestión ha tenido que elaborarse desde la indagación en analogías teóricas, aledaños temáticos e intersecciones disciplinarias. Un conocimiento fragmentado que en la revisión teórica es necesario atravesar para, más adelante, devolverlos en una nueva configuración discursiva.

En este capítulo se recogen distintas aportaciones teóricas, a modo de ejercicio de articulación multidisciplinar, con las que se ha tratado de establecer un marco informado del objeto de investigación, reconducir la mirada antropológica hacia el tema, así como tener herramientas suficientes para interpretar los hechos etnográficos con la requerida complejidad. La movilidad y sus aspiraciones, el envejecimiento y sus incertidumbres, la atención a la salud y sus traducciones socioculturales, son cuestiones que han guiado las búsquedas hacia los diferentes textos y contextos. Es un mosaico temático pero también una red de vínculos teóricos. Una selección parcial pero suficientemente plural como para permitir la comprensión de los elementos más significativos que influyen en la migración de retiro, entendida ésta desde su relación con los procesos de salud y enfermedad.

## **2.1. Estudios sobre migraciones o cómo abordar la móvil condición posmoderna**

Debido a sus implicaciones sociales, económicas y políticas, las migraciones se han convertido en uno de los temas de investigación de mayor impulso y presencia en los últimos años. Además, a través de su estudio las ciencias sociales han podido poner a prueba su eficacia de predicción, de análisis y de aplicabilidad (Fernández-Rufete, 2004). La cantidad de trabajos sobre los procesos migratorios internacionales y sus efectos en las áreas de origen y destino que se han elaborado en las últimas décadas en el Estado español, son buena muestra de ello.<sup>51</sup> Son estudios que desde diversas geografías, dimensiones y perspectivas están generando un gran corpus de conocimiento en este campo. Una producción académica creciente que es positiva, pero cuya popularización también entraña riesgos. Los privilegios simbólicos y materiales que la investigación sobre migraciones supone, no siempre se traducen en rigurosidad en el estudio; ni por tanto, en fiabilidad de sus resultados.<sup>52</sup> En este sentido, José Fernández-Rufete y Juan Ignacio Rico (2005:268) apuntan a que algunas corrientes ideológico-estratégicas y académicas se han apropiado, en ocasiones con escasos márgenes de legitimidad, del espacio social comprometido que es la inmigración.

El fenómeno de la inmigración se puede observar desde una doble dimensión: la que atiende a su estructura social objetiva y la que fija el interés en su construcción como categoría social subjetiva (Ibíd.). Son dos vertientes que van parejas y que se retroalimentan mutuamente; si bien han llevado no sólo a distintas líneas de investigación, sino también a posicionamientos epistemológicos diferentes. En un caso se estudian itinerarios y cartografías migratorias, así como los impactos sociales. En el otro, se analizan los enfoques e interpretaciones que las sociedades hacen de las mismas y de sus protagonistas. Una mirada que nos lleva a plantearnos: a qué nos referimos cuando hablamos de migraciones, a quiénes se está considerando como

---

<sup>51</sup> Son muchos los congresos y jornadas sobre migraciones que se vienen realizando desde hace años. En particular, hay que destacar los de carácter estatal que se organizan bianualmente en el Estado español. Suelen tener un importante poder de convocatoria y habitualmente cuentan con una cantidad ingente de presentaciones. En el que fue el V Congreso sobre la Inmigración en España organizado por la Universidad de Valencia y la Fundación Ceim, "Migraciones y desarrollo humano" (Valencia del 21 al 24 de marzo del 2007), se organizaron 11 mesas de trabajo que contaron con un total de 320 comunicaciones. Precisamente la alta participación derivó en una polémica sobre la gestión del tiempo. El alto número de participantes hizo que muchas de las mesas se solaparan y que la presentación de trabajos se redujera a ocho minutos por comunicación con un tiempo muy limitado para la discusión. Razón por la cual, muchas personas elevaron su queja y declinaron participar en estas sesiones maratónicas. Ver más detalles de la crónica de este congreso en Serena Brigidi y Analía Abt (2007).

<sup>52</sup> Los estudios de género son otro ejemplo de objetos de estudio cuyo atractivo se ha visto incrementado con apoyos materiales y simbólicos. En este caso la popularización ha llevado a que en ocasiones los trabajos no siempre estén bien fundamentados y no se reconozcan las producciones feministas de las que los estudios de género son deudores. Véase Mari Luz Esteban (2006).

## *Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas*

inmigrantes, qué preguntas nos estamos haciendo sobre ellos, y en qué imaginario social los estamos ubicando. Unos cuestionamientos que entroncan mejor con nuestras pretensiones.

El panorama de los estudios sobre inmigración vive una crisis de saberes. Ante el agotamiento y desgaste de los modelos utilizados desde las Ciencias Sociales, se ha reclamado la necesidad de replantear enfoques y conceptos acordes con la complejidad y diversidad de este fenómeno en los distintos escenarios sociales en los que se desarrolla (Blanco, 2000; King, 2002; Sousa Santos, 2003). Joaquín Arango (2000) afirma que uno de los escollos en la teorización sobre la migración, es que ha consistido en una sucesión de teorías, modelos o marcos separados, por lo general inconexos, en vez de una serie acumulativa de contribuciones basadas en aportaciones previas. Dado que considera que no es posible encontrar una única teoría para explicar las migraciones, en su lugar propone evaluar los intentos de elaboración de las mismas, tanto por su potencial para orientar la investigación y proporcionar hipótesis, como por su contribución a un mejor entendimiento de sus facetas, dimensiones y procesos específicos.

El mismo concepto de migración ya plantea dificultades por su ambigüedad e inespecificidad. Habitualmente es aplicado a los desplazamientos de población de una delimitación geográfica a otra por un espacio de tiempo considerable o indefinido. Una definición explicativa, pero que no resulta útil para el análisis de un fenómeno tan plural y variable. Los márgenes geográficos y temporales que distinguen los movimientos migratorios de otro tipo de moviidades son demasiado porosos como para ser operativos. Asimismo, la definición de la migración a partir de sus límites espaciotemporales, oscurece la dimensión sociocultural en que ésta se gesta y desenvuelve. Carlos Giménez, en un intento de aproximación concreta y al tiempo exhaustiva, define una migración como “el desplazamiento de una persona o conjunto de personas desde su lugar habitual de residencia a otro, para permanecer en él más o menos tiempo, con la intención de satisfacer alguna necesidad o conseguir una determinada mejora” (2003:20). Según el autor, los elementos clave que la constituyen son: a) movilidad humana, b) trayectoria entre un origen y un destino; c) la finalidad de la estancia y asentamiento; d) carácter más o menos duradero de esa estancia; e) el proyecto de conseguir algo (Ibíd.).

La indeterminación en las definiciones en torno a la migración ha derivado en una falta de concreción terminológica y, a su vez, en el desarrollo de unas categorías sociales vinculadas a un imaginario social sembrado de estereotipos, prejuicios y encubrimientos (Blanco, 2000). La dualización y diferenciación entre “inmigrante” y “extranjero” es muestra de ello. En ocasiones estos términos se utilizan

indistintamente, aunque también funcionan como recursos lingüísticos para denotar diferentes orígenes, estatus económicos o motivaciones de quienes se desplazan.

Con el término “extranjero” se suele nombrar a quienes provienen de países “desarrollados”, mientras que con el de “inmigrante” se designa a aquellos que proceden de países económicamente más desfavorecidos. La palabra “inmigrante” va más allá de la definición geográfica para señalar una posición social de subalternidad. Por ello, a pesar de que las clases medias o profesionales procedentes de países del primer mundo también emprenden procesos migratorios, raramente son catalogados como inmigrantes (Agustín, 2006). La carga valorativa implícita en el uso de distintas categorías no sólo aparece en el lenguaje común, sino que el lenguaje institucional, e incluso el académico, también han interiorizado esta bipolarización. En este sentido, Fernández-Rufete ha criticado el proceso de asunción de estas categorías sociales por parte de la academia, por su “reduccionismo terminológico que ahoga los procesos sociales convirtiéndolos en consecuencia de los mismos conceptos” (2004: 87).

Por otro lado, los objetos de estudio y las imágenes que sobre la inmigración se han proyectado desde disciplinas tales como la Sociología, la Psicología o la Antropología, en ocasiones han venido cargadas de un marcado carácter miserabilista (Santamaría, 2002:127; Bargach, 2004:5) y victimizador (Agustín, 2004). Laura Agustín (2003) critica este tipo de miradas a través del estudio de las representaciones sociales que se generan en torno a la mujer migrante. La imagen colectiva de ella como empujada, obligada, coaccionada o forzada refleja no sólo la herencia patriarcal, sino también la neocolonial. En dicha representación, los pobres aparecen como víctimas sin capacidad de agencia ni de elección en lo que respecta a su movilidad.

A fin de evitar la reproducción del carácter peyorativo del término inmigrante, algunos han propuesto su deconstrucción con el fin de desgranar sus elementos constituyentes (Colectivo Ioé, 1997:39-44; Giménez, 2003: 20-25; Romero, 2006); para a partir de ahí, elaborar otros marcos de sentido. Para Enrique Santamaría se trata de “construir otros conocimientos que nos permitan elaborar otras representaciones de los migrantes (...), abrir el discurso y la investigación a nuevas voces y dimensiones, a nuevas miradas y problematizaciones (...), descentrar esta visión miserabilista y etnicista de las migraciones, y propiciar así un (re)conocimiento de los migrantes como actores sociales” (2004:1). Desde la Antropología, Teresa San Román (1996) apunta la necesidad de la elaboración de conceptos más abiertos que interpreten mejor la complejidad, la multifocalidad y la multidimensionalidad del “otro”. Unas reflexiones que apelan a la revisión del entramado conceptual creado en torno al fenómeno migratorio, y así establecer un marco consensuado de investigación con el que conocer y afrontar mejor la realidad migratoria.

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

Las migraciones se han ido transformando. Se ha producido un incremento en el volumen de migrantes, la ampliación de las redes migratorias y la diversificación de los tipos migratorios (Blanco, 2000). Las teorías y tipologías clásicas habían trazado un perfil de migrante guiado, preferentemente, por una lógica racional inscrita en una estrategia individualizada de maximización del interés económico. Pero hoy en día éstas se demuestran obsoletas para aprehender la variedad y variabilidad migratoria actual. Los factores que actualmente animan a la movilidad, van más allá de la ecuación económica presentada en las teorías clásicas en las que, además, no se atendía a las dimensiones no económicas tanto del proceso migratorio como de la existencia, y que son fundamentales para la comprensión de la realidad social.

Las motivaciones para migrar se han ampliado en un nuevo marco social caracterizado por la flexibilidad espacio-temporal, las fuerzas globalizadoras, las divisiones internacionales del trabajo, y las visiones sobre el consumo y la autorrealización (King, 2002:90). La movilidad se ha hecho más accesible y la conectividad<sup>53</sup> ha adquirido un carácter inmediato gracias a las tecnologías de la información y de la comunicación. Estas condiciones han propiciado que algunos campos sociales se hayan transformado en transnacionales. En ellas, las dinámicas económicas, familiares, asociativas, o identitarias superan las fronteras y las lógicas de los estados nación (Giménez, 2003:171). Todas estas coyunturas y emergencias sociales nos remiten a nuevas geografías y a otros tipos migratorios de difícil encaje en las categorías disponibles. Ejemplo son las migraciones de crisis, las medioambientales, las heliotrópicas, las de mujeres independientes;<sup>54</sup> los movimientos por amor o en búsqueda de pareja, de reunificación familiar; de profesionales y trabajadores cualificados, de cooperantes, de estudiantes, de jubilados, etc. (Roca, 2007). Movilidades que, generalmente, han sido consideradas al margen de las elaboraciones conceptuales y teóricas sobre migraciones. Quizás por no haber sido identificadas como tales puesto que sus sujetos difieren, o puede que sea porque se tiende a no documentar lo que no es visto como problemático.

Autores como Russell King (2002), han cuestionado que la discusión teórica se siga focalizando en las migraciones de carácter económico y político. También critica que se siga haciendo una conceptualización dicotómica de sus características: internas *versus* internacionales, forzadas *versus* voluntarias, temporales *versus* permanentes, legales *versus* ilegales. Unos dualismos que no reconocen la flexibilidad de las

---

<sup>53</sup> Capacidad de conectarse o establecer conexiones (RAE).

<sup>54</sup> Ejemplo de ello son las migraciones de mujeres procedentes del norte de Europa que migran a países del sur de Europa como estrategia para romper el techo de cristal, dado que en estos países su nacionalidad aporta prestigio y reconocimiento social (Phizacklea, 1998; en Solé, 2006:111).



movilidades actuales y la variedad de aspiraciones que se pretenden cubrir con ellas. Para King, estos pares son obsoletos por varios motivos. En ocasiones, son las mismas fronteras las que migran cambiando el estatus legal de las personas y la consideración interna o internacional de sus movimientos. Por otra parte, muchos de los que han realizado migraciones internacionales también han llevado a cabo migraciones internas. Otro aspecto difícil de definir es la voluntariedad, pues en determinadas ocasiones las circunstancias vitales pueden forzar las decisiones migratorias. Por último, la temporalidad también es relativa según cómo se interprete, pudiendo ser vista como un *continuum* o con carácter cíclico.

En un mundo cada vez más globalizado de tiempos y espacios que se van estrechando (Augé, 1994), donde emergen dinámicas transnacionales y se articulan identidades híbridas (García-Canclini, 2001), y en el que el sentimiento de pertenencia no es necesariamente territorial, las taxonomías de las migraciones basadas en las premisas tradicionales dejan de ser útiles. La tenue línea que separa la migración de otros tipos de movilidad (viaje, aventura, turismo, circulación, desplazamientos laborales) requiere de nuevos enfoques. Las propuestas en este sentido son variadas. La movilidad ha sido contemplada como reflejo de la condición posmoderna o nómada del sujeto contemporáneo (Braidotti, 2000), como rasgo constitutivo de la modernidad líquida (Bauman, 2007), o como metáfora de la sociedad global contemporánea; sobre todo para quienes cuentan con el privilegio de la libre movilidad, las llamadas élites transnacionales, como es el caso de los ciudadanos de la Unión Europea (Urry, 2000). Sin embargo, con la exaltación del nomadismo y la idealización del poder liberador de la deslocalización se corre el riesgo de caer en un cosmopolitismo abstracto. Porque para una gran mayoría de la población, la ciudad y la nación, el habitar y el arraigo, todavía son importantes (García-Canclini, 2007:7).

Los cambios en el escenario migratorio han derivado en distintas propuestas para un acercamiento más integrado de los estudios sobre migraciones. King (2002:91), aboga por acercamientos interdisciplinarios y comparativos, combinando las distintas metodologías de análisis con una perspectiva de curso vital a escala individual, y de los procesos sociales en una escala macro. Señala la necesidad de vincular más los estudios de los procesos migratorios y los de los productos de la migración (estudios sobre integración, sobre relaciones étnicas, rasgos culturales). Dos vertientes que no han sido suficientemente combinadas, a excepción de los estudios sobre comunidades transnacionales. En general se apela a la revisión y a la redefinición de las premisas y conceptos de los estudios migracionales clásicos (Roca, 2007), así como al reconocimiento de las diversas formas de interculturalidad y conflictos que acompañan a cada uno de los tipos de movilidad actuales.

## 2.2. Migración Internacional de Retiro. Discusiones y aportes

Las perspectivas de análisis de las migraciones se han ido ampliando poco a poco, para dar cabida a enfoques más abiertos y a nuevas tipologías de movilidad humana. La migración de personas mayores de carácter aspiracional es una de las manifestaciones “que ha logrado captar el interés de los científicos sociales, políticos y planificadores” (Rodríguez et al. 2005:17). De entre todas las formas de movilidad residencial de personas mayores, la migración internacional de retiro es considerada la más relevante por el creciente número de personas que la llevan a cabo, la duración de sus vidas tras la migración, y la importancia de la redistribución geográfica que produce (Cribier, 1980:257). Se trata de un fenómeno propio de sociedades prósperas (Warnes 1992, Bell y Ward, 2000), que si bien es socialmente selectivo, también es heterogéneo en su composición interna. Entre las tipologías construidas en torno a ella, la de Ackers y Dwyer (2004) está formada por:

1. Trabajadores retirados comunitarios (*retired migrant community workers*): personas que migraron a un país miembro de la UE y se jubilan en el mismo.
2. Trabajadores comunitarios retornados (*returning community workers*): quienes migraron a otro país miembro de la UE para trabajar y vuelven al país de origen tras la jubilación.
3. Migrantes post-jubilados (*post-retirement migrants*): personas que se jubilan en su país y se mueven a otro país de la UE.
4. Reagrupados (*joiners*): subgrupo de la categoría anterior que engloba a quienes se desplazan para juntarse a sus hijos que han migrado previamente.
5. Migrantes post-jubilados retornados (*returning post-retirement migrants*): subgrupo de la categoría 3 que agrupa a aquellos que retornan.

Su diversidad también se asienta en diferentes orígenes, instrucción educativa y ocupacional, historia familiar, disponibilidad económica, y derechos asociados a la recepción de beneficios sociales (Warnes et al. 2004).

### *Desarrollos y perspectivas de un campo de estudio en ciernes*

Las investigaciones en torno a la migración de jubilados están diseminadas en distintas disciplinas académicas; abordadas desde focos de interés diversos; y etiquetadas de modo diferente, según perspectivas teóricas y sociales. La complejidad del fenómeno y la multiplicidad de dimensiones que concurren en él, ha derivado en que sea un campo de estudio no consolidado en el que todavía no se ha definido un marco teórico, conceptual y metodológico preciso (Etchezarreta e IN&EN, 2005:311); y en donde aún no se ha logrado consenso terminológico para nombrar la movilidad y sus

protagonistas.<sup>55</sup> Migración Internacional de Retiro es una etiqueta imprecisa y flexible (King et al. 2000), pero es la que mayor reconocimiento académico ha recibido. Bajo este nombre se agrupan trabajos de distintas disciplinas cuyo eje es la movilidad de jubilados, entendida ésta como “forma social” vinculada a cuestiones gerontológicas, demográficas, espaciales y de bienestar similares (Bozic, 2006). Para King y colaboradores (2000:xi) este área de trabajos surge precisamente a partir de la intersección de los estudios sobre migraciones, turismo y gerontología social. Ha sido más extensamente estudiada en los Estados Unidos (Walters, 2002)<sup>56</sup> y en Australia (Bell y Ward, 2000); aunque desde hace algo más de una década, ha experimentado un notable desarrollo tanto en Europa como en España.<sup>57</sup>

El estudio de la migración de retiro es más tardío que el de otras movilidades. Gran parte del conocimiento generado hasta ahora, se extrae de encuestas sociales realizadas. Unos aportes que han ido encaminados a la descripción de su genealogía sociohistórica y a la identificación de las bases geográficas, demográficas y motivacionales que la definen. A diferencia de los estudios sobre inmigración de carácter laboral o económico, los aspectos socioculturales y las condiciones de vida no han recibido mucha atención.

Si trazamos una breve panorámica de los estudios del contexto europeo y español, la década de los ochenta sería su punto de partida con una primera ola de trabajos en donde el objetivo principal fue el identificar, describir y distinguir esta movilidad de otras. En los noventa, trataron de describir la anatomía de la movilidad tras la jubilación, esbozar el perfil sociodemográfico de sus agentes, conocer el impacto en las áreas de destino y en los diferentes niveles sociopolíticos que entran en juego. Los desarrollos posteriores se han fijado en aspectos más particulares como las difusas fronteras entre la migración de retiro y el turismo (Rodríguez, 2001; Williams et al. 2000), los aspectos socio-legales en el marco de la ciudadanía europea (Ackers and Dwyer, 2002), la integración y las identidades (O’Reilly, 2000; Huber, 1999), su carácter trasnacional (Gustafson, 2001) o sus interacciones con proceso de envejecimiento (Oliver, 2007).

---

<sup>55</sup> Véase capítulo 3.

<sup>56</sup> En este trabajo se puede encontrar una vasta revisión interdisciplinaria de 232 artículos sobre migración de personas mayores publicados entre enero de 1990 a diciembre del 2000.

<sup>57</sup> Gran parte del impulso dado a estos estudios se debe a la financiación que en 1999 y en 2001 la *European Science Foundation* (ESF) otorgó a veinte estudiosos europeos para crear una red de investigación sobre la migración de internacional de retirados en Europa en la que se explorara la situación de esta población. Desde otras entidades como el *Economic and Science Research Council* en el Reino Unido, o el CSIC en España, también se ha potenciado el estudio de la población mayor migrante en general, y en particular la Migración Internacional de Retiro.

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

Las perspectivas analíticas, contextos geográficos y comunidades nacionales presentadas en los trabajos europeos son variadas. El grueso es de carácter cuantitativo, destacando los estudios sobre retirados británicos en el Mediterráneo europeo y, en particular, en España. En cuanto a la metodología, mientras que algunos trabajos se han centrado en pequeños enclaves de manera intensiva (Huber, 1999; O'Reilly, 2000; Casado- Díaz, 2001; Oliver, 2007), otros han utilizado una perspectiva a mayor escala y con un carácter más extensivo (King et al. 2000). Por otro lado, mientras que unos han puesto el acento en una nacionalidad específica, otros han partido de un área concreta para analizar a quiénes atrae, y los impactos que se producen a nivel local.<sup>58</sup> El uso cuestionarios a gran escala ha posibilitado la realización de estudios comparativos entre distintas nacionalidades en un mismo destino (Casado-Díaz, 2006), de distintos destinos en relación a una misma nacionalidad (King et al. 2000), o la identificación de perfiles sociodemográficos y estilos de vida según nacionalidades y destinos (Casado-Díaz et al. 2004; Casado-Díaz, 2006; Rodríguez et al. 2004, Rodríguez et al. 2005). Entre los estudios relativamente recientes y crecientes, destacamos sendos trabajos cualitativos, próximos a nuestro interés, que han trazado retratos más cercanos de la cotidianeidad de los migrantes, el de Karen O'Reilly (2000)<sup>59</sup> y el de Caroline Oliver (2007)<sup>60</sup>, ambos situados en la provincia de Málaga y sobre población británica.

### *Ordenamientos espaciotemporales: entre turistas que migran y migrantes que hacen turismo*

Los debates en torno a la conceptualización de las manifestaciones de movilidad contemporánea también alcanzan a este campo de estudio. En este caso, las posiciones se plantean entre interpretar la movilidad de jubilados como un tipo de migración o como una forma de turismo. Su vinculación con este último es indiscutible, pues la migración de retiro se podría considerar una extensión o derivación del turismo de masas, en su influencia como fuente de experiencias previas (Jurdao y Sánchez, 1990:77; King et al. 2000; Williams et al. 2000). Desde una perspectiva sincrónica, la relación entre turismo y migración de retiro viene dada por la variedad temporal en los patrones de permanencia, la coincidencia en la elección de los lugares de destino y la similitud de las actividades desarrolladas en los mismos.

---

<sup>58</sup> Ver anexo 1, pág. 447.

<sup>59</sup> O'Reilly (2000) exploró las motivaciones, los patrones de movilidad, cuestiones relativas a la identidad y los estilos de vida de los británicos pero considerando todas las edades.

<sup>60</sup> Caroline Oliver se centró en el envejecimiento como proceso cultural, centrándose en cómo la migración a España influye en las temporalidades, las redes sociales, las identidades culturales y el proceso de envejecimiento y muerte.

La elección terminológica no es baladí, pues nos llevará a unas representaciones, a unos debates distintos según consideremos este fenómeno bajo un modelo migratorio o un modelo turístico. O'Reilly (2000), que se inclina más por el término de migrantes, considera que la decisión de utilizar unos términos u otros no sólo afecta a la nomenclatura, sino a la percepción del fenómeno y de sus actores. Según el estatus que se les confiera desde la sociedad receptora, dará lugar a unas determinadas repercusiones sociales.

Una migración se considera como tal, cuando el cambio de residencia tiene un carácter “permanente”, esto es, de al menos de seis meses (Warnes, 1994:69); mientras que el turismo se asocia con un tiempo limitado. Si a efectos legales la migración se identifica desde lo temporal, el parámetro de permanencia es insuficiente para el análisis y la interpretación de la migración de retiro, donde concurren otros aspectos como las geografías del destino y las topografías del consumo. De hecho, turistas, migrantes y residentes podrían ser tipos intercambiables en el mismo espacio durante un periodo fijo de tiempo (Rodríguez, 2008:21). La coincidencia entre las geografías del turismo y las de la migración de retiro (Williams et al. 2000), el uso de las infraestructuras para el turismo, las motivaciones que impulsan a la movilidad y un determinado estilo de vida, son parte de los argumentos que se erigen desde las visiones más turísticas del fenómeno (Jurdao y Sánchez, 1990; Mazón y Aledo, 2005; Serrano, 2007). Desde otras posiciones se insiste en nombrar estas movilidades como migraciones, puesto que cumplen los requisitos que se les supone: desplazamientos de población de una delimitación geográfica a otra por un espacio de tiempo considerable o indefinido. A ello se añade que no todos los migrantes de retiro han tenido experiencias turísticas previas en el mismo lugar. Las divergencias para definir y acotar estas movilidades se han materializado en España en la utilización del término *migración*, por un lado; y el de *turismo residencial o inmobiliario*, por otro. A pesar de ello, ninguno de los dos ha sido formalmente definido.

En un intento de aprehender las diferentes formas móviles, se han establecido patrones, ciclos, y tipologías diversas, tanto de los flujos y los lugares de destino como de los migrantes. O'Reilly (2000) define tres tipos ideales de movilidad a partir de la combinación de dos elementos: la orientación o compromiso de cada individuo hacia un país u otro, y el tiempo de residencia cada lugar. Sus figuras son la de *residentes*, *visitantes* y *turistas*; y sus respectivas subdivisiones que incluyen a: *residentes permanentes*, *residentes de retorno*, *visitantes estacionales*, y *visitantes ocasionales*.<sup>61</sup> Los

---

<sup>61</sup> La clasificación completa de O'Reilly (2000) es:

1. Residentes permanentes (*full residents*): que viven en España todo el año.
2. Residentes de retorno (*returning residents*): que viven en España pero vuelven a su país de origen de uno a tres

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

identifica como migrantes y no como turistas porque su intención y orientación va más allá de la consideración de España como destino turístico. Pero dada la complejidad de tales categorizaciones, O'Reilly (1995) resuelve esta discusión con ironía al definirlo como proceso del “*turista jubilado*” que “*reside*” en la costa tras haber “*migrado*”, incorporando en la misma definición, tres de los términos del debate.

La movilidad forma parte del estilo de vida de muchos jubilados (Williams et al. 2000). El mantenimiento de dos viviendas y el desarrollo de la vida en ellas de manera temporal, dependiendo de factores estacionales, es muestra de ello. Además, la naturaleza fluida de los patrones residenciales ha llevado a concluir que el concepto de “lugar permanente de residencia” es inadecuado (King et al. 1998:100), y que la división de la migración internacional de retiro en estacional o permanente no se ajusta a la realidad (King et al. 2000:110). La dificultad práctica para estudiar y recoger la complejidad de patrones de movilidad es cada vez mayor, y en gran parte se debe a las manifestaciones transnacionales. Expresiones contemporáneas de la movilidad que muestran el carácter relativo de la vinculación y establecimiento en una sola comunidad local (Bozic, 2006:1418).

El sentimiento de pertenencia ya no se basa únicamente en un lugar, en un territorio o en una comunidad local; sino en una nueva manera entrelazada de entender la relación entre personas, cultura y lugar (Gustafson, 2001; Clifford, 1992). Andreas Huber (1999) ha indagado en el uso del concepto *Heimat* (hogar) para explorar hasta qué punto el lugar geográfico ya no es prerrequisito para que los suizos retirados residentes en la Costa Blanca se sientan en casa. *Heimat* puede ser equiparada a la idea de comunidad, de espacio social que debe ser constantemente adaptado o recreado a través del esfuerzo individual para sentir seguridad y pertenencia (Ibíd.). Desde esta perspectiva, Huber y O'Reilly (2004) comparan la diferente manera en que la población británica y la suiza recrean el hogar desde sus respectivos asentamientos en España. En el trabajo concluyen que el lugar de origen ya no es imprescindible para generar un sentimiento de identidad o bienestar.

---

meses.

3. Visitantes estacionales (*seasonal visitors*): que viven en el país de origen pero vienen a España para pasar unos meses al año. Normalmente disponen de una segunda vivienda en España.

4. Visitantes ocasionales (*peripatetic visitors*): quienes tienen una casa en cada país y viajan habitualmente entre las dos, considerando ambas su hogar.

### *Por qué migran*

La decisión de migrar tras la jubilación se ha visto favorecida por condiciones previas como el aumento de la esperanza de vida; una mayor independencia económica con respecto a otras generaciones; unos niveles medios de instrucción superiores; mejores condiciones de salud; y la menor responsabilidad en la crianza de los hijos, que cada vez abandonan el hogar a edades más tempranas, especialmente en el centro y norte de Europa (Warnes, 1992). Es una migración que, según la mayoría de trabajos citados, viene motivada principalmente por factores climáticos y de salud. A pesar de las tendencias generales, hay trabajos que destacan otras razones relevantes más allá del conocido horizonte heliotrópico. La decisión migratoria no parte de una única motivación sino que se asienta en la combinación de factores económicos, familiares y de bienestar relacionados con el ciclo vital o con aspectos regionales, entre otros. Es decir, la que migración de retiro puede ser mejor explicada como un *cluster* de motivaciones en la que subyace una estrategia de maximización de beneficios (Dwyer, 2000; Ackers y Dwyer, 2002).

Los factores relacionados con las zonas de origen y de destino son de suma importancia para motivar el desplazamiento, pero también lo son las vidas de quienes migran (Cribier, 1980). En este sentido también influyen la reunificación familiar, el retorno al lugar de origen,<sup>62</sup> y la búsqueda de espacios de ocio o recreacionales (Ibíd.). Por otro lado, según qué poblaciones y qué destinos, las razones que impulsan los desplazamientos pueden variar. En determinados destinos se puede observar cómo factores económicos, como el coste de vida y el precio de la vivienda, desempeñan un papel preponderante. Torrevieja (Alicante) es uno de ellos. El perfil de las personas jubiladas que allí residen destaca del resto en tanto que su nivel de instrucción es medio bajo y sus ingresos económicos “relativamente escasos” (Casado-Díaz, 2005:91). De ahí que pensemos que su asequibilidad económica ha sido una razón de peso para elegir el destino, un lugar en donde poder acceder a un estilo de vida, unos paisajes y una cultura al gusto del mito idealizado de la clase media (King et al. 2000:33).

No sólo se han explorado las motivaciones de atracción sino que también disponemos de datos sobre las de expulsión. Entre las razones expresadas por la población británica residente en la Costa del Sol para abandonar el Reino Unido figuran el alto índice de criminalidad, la inseguridad en el propio entorno, la voluntad de alejarse de la cultura de la juventud, la falta de respeto hacia los mayores, el acelerado ritmo de vida, el no saber disfrutar de la vida, el materialismo, el

---

<sup>62</sup> Muchas veces, las migraciones de retiro se confunden con las de retorno, de “vuelta al hogar”. Este es el caso de Francia en donde las migraciones al lugar de origen son muy frecuentes (Cribier, 1981).

## *Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas*

individualismo, la pérdida del sentido comunitario o la abundante inmigración (O'Reilly, 2000). Con estos datos y el deseo expreso de sus informantes de no retornar al país de origen, O'Reilly (Ibíd.) refuta la idea de “la idealización del hogar” o el “mito del retorno” como lugares comunes en la descripción de las migraciones. Estos modelos aluden al fuerte sentimiento de identidad étnica que comparten los inmigrantes y la nostalgia del hogar como obstáculos para la integración en la sociedad de acogida. En el caso de la población británica en España la autora reconoce su escasa integración, pero considera que esto se debe a la marginalización de la comunidad extranjera residente en España tanto por parte de ellos mismos como de la sociedad española, que con sus acciones y comportamientos tampoco favorece su integración.

### *Impacto: Costes/beneficios*

Uno de los focos principales de interés de las investigaciones, ha sido conocer el impacto que la migración de retiro produce, los efectos en la estructura socio-demográfica, cultural y económica de las áreas de destino. Estas cuestiones tienen importantes implicaciones políticas dado que el debate se mueve en torno a la evaluación de la redistribución regional y estatal tanto de ingresos y riqueza, como de los costes sociales y económicos asociados a la movilidad poblacional (Williams et al. 1997). Según William H. Haas III (1990), la valoración del impacto económico de las migraciones de retiro se ha desarrollado en la literatura académica por dos vertientes: una destaca sus aportes a la economía y al desarrollo local, y la otra sus costes derivados del envejecimiento y el incremento de la demanda de servicios públicos. No obstante, considera que ambas líneas han producido escasos resultados, por lo cual es necesario seguir indagando tanto en los supuestos beneficios como en los supuestos costes.

Como beneficios se destacan la contribución económica que supone el consumo de bienes y servicios. Entre ellos, la activación del mercado de la vivienda, el sector de la construcción y de los servicios (sanitarios, hostelería, servicios públicos); el estímulo para el desarrollo residencial (comercios, instalaciones, infraestructuras, ocio), así como los ingresos obtenidos del pago de tasas e impuestos (Casado-Díaz, 2001:33). El listado de repercusiones negativas es más extenso y, principalmente, alude al incremento de la demanda de servicios públicos y de infraestructuras, costes que además tienen que asumir las economías locales. Entre los más señalados están el gasto derivado del servicio público de transporte; de los servicios sociosanitarios (asistencia domiciliaria, cuidados de larga duración) (Hogan, 1987); de las infraestructuras básicas (agua, depuradoras, alcantarillado, etc.), el incremento de los



precios de las viviendas y la especulación del suelo, los efectos en el mercado de trabajo (Law and Warnes, 1982), el impacto medio ambiental; el envejecimiento de la estructura de edad en los lugares de destino, sus demandas sociosanitarias y el coste farmacéutico (Casado-Díaz, 2001:35). María Dolores Puga (2001:269), en su estudio sobre la migración de jubilados norteamericanos a Costa Rica, apunta que los beneficios para la sociedad receptora se dan en términos individuales, pero que los costes son sociales. Por ello, algunos autores advierten de los riesgos de promover una migración de retirados sin considerar sus características y necesidades (Rowles y Watkins, 1993), y sin prever los costes a largo plazo.

Las políticas de la UE no fueron diseñadas para promocionar la movilidad de personas jubiladas, sino que se fundaron teniendo en mente el modelo del “ganador de pan” con sus connotaciones tanto económicas como de género (Ackers, 1998; Ackers y Dwyer, 2002). Se pensó en el libre mercado para los trabajadores sin contemplar que las nuevas cohortes de personas jubiladas serían uno de los grupos que más maximizarían estos derechos. La falta de previsión de la movilidad post-laboral hizo que tampoco se previeran las consecuencias locales, nacionales e interestatales de la reubicación de poblaciones de jubilados. No se tuvieron en cuenta las circunstancias ni demandas, especialmente sociosanitarias, de las personas “inactivas”. Ni tampoco los impactos derivados del mayor traslado de demandas de asistencia y de atención a un país distinto al que se desarrolló la vida laboral, y con un sistema de bienestar diferente. Por ello, en lo que podríamos considerar como una vía media por la cual aprovechar los beneficios y minimizar los impactos en el territorio español, Mayte Echezarreta (2005) reclama la necesidad de gestión y especialización de estas zonas de destino como lugares de calidad para la migración internacional de jubilados. Con el fin de armonizar y conciliar las políticas públicas europeas sobre envejecimiento, el *Grupo de Investigación In&En* (Inmigración y Envejecimiento) junto con Echezarreta (2005) han elaborado propuestas concretas para la gerontoinmigración a partir del diseño de los llamados LER (Lugares Europeos de Retiro). Desde la prevención de una posible discriminación por razón de edad, nacionalidad, lengua o por discapacidad que las personas mayores extranjeras podrían ser objeto, proponen potenciar los LER como modelos de espacio para la consecución de políticas de envejecimiento y para la construcción de la noción de ciudadano europeo a través de indicadores de excelencia, entre los cuales se contemple paliar los problemas de asistencia sociosanitaria.

### *Lecturas nacionales de un campo en construcción*

Como conclusión a este apartado de estudios sobre la migración internacional de retiro, vamos a mostrar cómo del mismo modo que las disciplinas han focalizado en unos temas desde unas perspectivas concretas, los lugares desde los que se escribe también han guiado los temas de interés. Los trabajos que en Europa se han acercado este fenómeno reproducen de algún modo los mismos debates que la migración de retiro desencadena. Unos trabajos que pueden ser agrupados según orientaciones disciplinares, pero también según intereses y posiciones nacionales. Las primeras definen sobre qué se escribe y las segundas desde dónde se escribe.

Los investigadores de este campo se suelen centrar en sus propios nacionales. Una tendencia que en ocasiones no tiene tanto que ver con sus intereses, sino con los de las entidades nacionales que les financian (Casado et al. 2004). Los que han producido más literatura sobre la migración de retiro en España, en consonancia con la mayor presencia de los mismos en las costas españolas, han sido británicos.<sup>63</sup> Mientras que sus trabajos hablan de la población británica en los lugares extranjeros de asentamiento, la producción española se centra en los lugares autóctonos con alta población de residentes extranjeros. Los investigadores españoles le han dado más relevancia al impacto tanto social, económico, como medio ambiental de esta migración. La obra de Francisco Jurdao (1979), y de éste con María Sánchez (1990), son ejemplos de esta perspectiva.

Uno de los primeros estudios que señaló la presencia de jubilados extranjeros en las costas españolas fue el libro de Jurdao, *España en venta* (1979). Con este texto, el autor viene a representar el paradigma de la mirada española frente a la considerada como “colonización extranjera”. Sus títulos muestran con contundencia el miedo y el rechazo a ser engullidos económica, política y socialmente por un afán “imperialista” y “especulativo”. En este trabajo se hace un análisis intensivo tanto histórico, económico, político y social de la “colonización” de lo local, de Mijas y, en general, de la costa mediterránea española. Una genealogía del proceso de instalación de capital extranjero y de jubilados europeos, así como de la “servidumbre” de la población española hacia ellos y de las pérdidas culturales en los lugares de ocupación. Los términos utilizados son bastante elocuentes: “amos”, “colonizadores”, refiriéndose a europeos y norteamericanos; “especuladores, estafadores y defraudadores”, en alusión a los que hacen negocio, donde España es la “mercancía” y el territorio la “moneda de cambio”. Este libro se escribe en medio de la vorágine del turismo de masas, de la

---

<sup>63</sup> Hay más literatura desde países extranjeros sobre sus nacionales que migran, que una producción nacional de la inmigración de retiro que viene de esos países. Una tendencia contraria a la que se produce con la inmigración económica, donde el grueso de la producción viene de los países receptores.

construcción de urbanizaciones y de la corrupción inmobiliaria. En él, Jurdao nos advierte de la necesidad de contemplar límites, al tiempo que pronostica un futuro de crisis económica, medioambiental y social.

Los estudios preliminares de los países emisores se dedicaron a hacer una descripción exhaustiva de los itinerarios de sus compatriotas, sin un especial acento en las consecuencias para los lugares de destino. Posteriormente se han diversificado los intereses y los enfoques. En trabajos como los de Louise Ackers y Peter Dwyer (2002) se ha denunciado que estos migrantes no disfruten, como ciudadanos europeos que son, del mismo estándar de servicios sociales sea cual sea el país de la Unión Europea donde residan. Y en la obra de O'Reilly (2000) incluso encontramos una crítica a la visión de Jurdao y Sánchez (1990), y al uso de términos como “enclave” o “gueto” por su carga peyorativa.

O'Reilly (Ibíd.) traza un retrato de sus compatriotas británicos a partir de las representaciones sociales asociadas a quienes migran desde el Reino Unido hacia España. Una imagen que, por un lado, les configura como de clase alta, con un estilo colonial; mientras que por otro lado, les representa como de clase baja, heredera del estilo del turismo de masas, que vive en guetos, que participan escasamente de la vida local, incapaces de abrirse a otras culturas, rechazando aprender otras lenguas y que, básicamente, se dedican a recrear una Inglaterra al sol. Unos estereotipos que, según la autora, también han sido asumidos de forma acrítica por parte de algunos académicos, previamente a realizar una investigación sobre la materia. Con ello han contribuido a consolidar estas asunciones colectivas como parte del conocimiento general acerca de los británicos residentes en España. La autora defiende en esta obra que los británicos no han requisado la línea de costa ni viven en guetos ni enclaves, y que el uso de estos términos oscurece los intentos de entender las vidas de los retirados.

### **2.3. Estudios sobre el envejecimiento y las personas mayores: intereses, imágenes y quimeras**

El envejecimiento es un proceso ineludible del existir que ha sido observado, analizado y glosado desde diversas disciplinas médicas, sociales y humanísticas. La gerontología se ha erigido en la rama especializada del estudio del envejecimiento y la vejez, si bien desde las ciencias sociales y de la salud también se construye conocimiento y se generan debates. En ellos se intenta dilucidar de qué hablamos cuando nos referimos a la vejez y al envejecimiento, y desde qué contextos culturales y marcos de sentido partimos para construir el objeto de estudio de la vejez. Porque como afirma Moody, “no hay, y no debe haber, una ‘teoría del envejecimiento’, que cubra a todas las otras porque el envejecimiento conforme se aplica a la existencia humana, es

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

inherentemente multidimensional” (1988:20). A continuación realizaremos un recorrido por algunas de las teorías, críticas y propuestas alternativas en torno a los estudios sobre el envejecimiento.

Las teorías que tradicionalmente han dominado la gerontología y que han conformado la visión de la vejez han sido fundamentalmente tres: la desvinculación, la modernización y la actividad. La primera fue desarrollada inicialmente por Cumming y W. E. Henry cuando en 1961 lanzaron una propuesta que, aunque tuvo más resonancia dentro de la Psicología social, también fue recogida por la Sociología y la Antropología (San Román, 1990). Desde los postulados de la desvinculación<sup>64</sup> (*disengagement*) se va a plantear que conforme las personas entran en la última fase de su vida, éstas se van distanciando de su entorno. En esta elaboración, el envejecimiento es concebido como un desentendimiento mutuo que trae consigo una disminución de la interacción entre quien envejece y el resto de integrantes del sistema social al que pertenece. La sociedad le reduce sus posibilidades de participación y, de este modo, le libra de obligaciones. Algo que el individuo acepta como normal, permitiendo de este modo la reorganización de roles y el equilibrio social. Un proceso descrito como de mutuo beneficio, lógico y, por lo tanto, inevitable. Esta teoría funcionalista ha tenido mucho arraigo en la forma de entender la vejez, pero ha sido principalmente criticada por su sesgo normativista, pues no admite excepciones a una norma que viene prescrita; y también por su argumentación circular y determinada de la conducta humana (Gubrium, 1973; en Rodríguez, 1979:87). En esta línea surgieron otras elaboraciones fundadas en las relaciones interpersonales como el enfoque del rol, que describe la vejez como un rol vacío de roles.<sup>65</sup> Desde esta perspectiva, la jubilación se caracterizaría por ser una situación desestructurada, dominada por la escasez y la ambigüedad de roles. La vida de una persona de edad queda “carente de programa” (Rodríguez, 1979).

A partir de la comparación de las sociedades primitivas con las modernas, la teoría de la modernización (Cowgill y Holmes, 1972; en Wray, 2003), va a intentar explicar la pérdida de estatus de los mayores como efecto del proceso de industrialización. Para Sharon Wray (Ibíd.), esta propuesta y la anterior, si bien han dado cuenta de cómo los mayores se adaptan a la vejez siguiendo la jubilación o la viudedad, han reforzado estereotipos de género y han asumido que el envejecimiento exitoso depende de la aceptación individual de un papel menos activo en la sociedad.

---

<sup>64</sup> También llamada teoría del desenganche, ruptura o desentendimiento.

<sup>65</sup> El primer aporte de la sociología sobre la posición de las personas jubiladas va a ser desde la teoría de los roles de Talcott Parsons, para quien la jubilación suponía una pérdida de roles y, en consecuencia, de integración en la sociedad.

Por último, la teoría de la actividad (Lemmon et al. 1976; en San Román, 1990) asienta sus bases en la premisa de que permanecer activo es sinónimo de envejecer con éxito. Por consiguiente, cabe decir que más que una teoría, es una actitud o pauta que prolonga los valores típicos de la clase media en el terreno gerontológico. Con un marcado carácter calvinista, se centra más en la calidad y cantidad del trabajo o sustitutos del trabajo (bricolaje, mantenerse en forma, etc.) que no en la calidad de las relaciones sociales (Gubrium, 1973; en Rodríguez, 1979:84). El concepto de “tercera edad” de Peter Laslett (1989) ilustra este tipo de acercamiento. El autor describe cuatro etapas o edades. La primera edad corresponde a la juventud; la segunda a la madurez, la familia y a las responsabilidades sociales; en la tercera todavía se da una consecución de intereses mientras que las responsabilidades familiares y laborales decrecen; y la última, la cuarta edad, es asociada a la dependencia y decrepitud. Para Wray (2003) muchos investigadores se han centrado en los aspectos positivos de envejecer haciendo énfasis en la habilidad individual para manejar el envejecimiento y hacer frente a los estereotipos negativos de la vejez; pero los aspectos culturales no se han tenido en cuenta, no se han desafiado las definiciones ni los significados existentes.

Estos tres enfoques han sido principalmente criticados por su ahistoricidad y porque su formulación se hace en términos universales sin reparar en los diferentes contextos culturales o grupos sociales (Blakemore, 1999:765). Las teorías tradicionales de cariz estructural van a dejar paso a las narrativas individuales, a acercamientos más reflexivos que permitan entender la formación y mantenimiento de identidades de edad (Gilleard and Higgs, 2000:12). Tal y como recoge San Román (1990) en su revisión teórica sobre vejez y cultura, en el periodo de 1975 a 1986 se introducen cambios de perspectiva con los que se va a tratar de superar los escollos de los enfoques anteriores. En primer lugar, las personas ancianas comienzan a considerarse como población heterogénea, modificando así la tendencia homogeneizadora de las líneas teóricas de la desvinculación y de la modernización. Como segundo cambio, las personas van a situarse en el proceso histórico, esto es, la historia va a ser tomada como variable diferenciadora entre cohortes. En tercer lugar, los ancianos pasan a ser considerados como parte del sistema de estratificación, y la ancianidad, como componente del transcurso de la vida que depende de las demás etapas de la vida y se define en base a ellas. En adelante, la vejez va a ser vista como un proceso más que como una condición, por lo que distintos acontecimientos históricos vividos se entiende que llevan a distintas experiencias de la ancianidad. La historia también pasa también a ser considerada como expresión misma de las distintas formas socioculturales de institucionalizar, caracterizar, concebir y valorar la vejez.

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

La propuesta de estudio del envejecimiento desde el modelo del curso vital recoge los elementos anteriores al vincular el periodo histórico con la biografía personal; y al tratar de desarticular las consideraciones esencialistas, tanto biológicas como sociales de la vejez.<sup>66</sup> Postula la relación de los distintos componentes cronológico, fisiológico y social del envejecimiento (Arber and Ginn, 1995), para deconstruir las expectativas estandarizadas por edades, y el paso obligado por determinados estadios del curso vital de manera secuencial (Featherstone and Hepworth, 1991). De este modo se enfatiza la concurrencia de las distintas dimensiones que nos componen temporalmente, y desarticula el adultocentrismo<sup>67</sup> de las ciencias sociales. La edad cronológica indica el número de años alcanzados por una persona; la fisiológica es definida en términos de estados y procesos biológicos; mientras que la social representa los eventos sociales y las prácticas que ocurren en determinados puntos del curso vital, como podría ser la jubilación.

A pesar de los cambios de perspectiva acontecidos en las últimas décadas, los debates epistemológicos de gran calado siguen activos, al igual que la producción de nuevos conceptos y campos teóricos. En esta encrucijada de revisiones y emergencias aparece la propuesta de Luborsky & Sankar (1993), en la que abogan por una gerontología crítica apoyada en los presupuestos de la Escuela de Frankfurt. Un enfoque que nace como respuesta crítica a una gerontología que se considera que adolece de un cuerpo teórico coherente (Birren y Bengtson, 1988; Hidalgo, 1993). Desde esta perspectiva se potencia la atención a los componentes culturales en la práctica de la gerontología y a la definición de los problemas de estudio, con especial atención a los procesos socioculturales a partir de los que se ha estado codificando la vejez. Se intenta evitar que la visión de la vejez sea una réplica de los paradigmas sociopolíticos y científicos, que se convierta en una recreación de los *establishment* sociohistóricos. De esta propuesta se valora su intención crítica y revisionista, pero

---

<sup>66</sup> La utilización del término *curso vital* sustituye a la de *ciclo vital*. Los modelos previos del *ciclo vital* son los que definían la trayectoria vital en secuencias fijas basadas en la familia y la reproducción: madurez de los hijos-matrimonio- descendencia y comienzo del ciclo con otra generación. La noción de *curso vital* trata evitar el carácter teleológico de la anterior así como contemplar la heterogeneidad de los itinerarios vitales. Además con este término se evita describir la vida de manera circular con una vuelta al estadio infantil con su dependencia y restricciones. En el Estado español el antropólogo Carles Feixa (2005) se ha acercado a este enfoque en su trabajo sobre las construcciones biográficas y de las edades, a partir de la utilización de los distintos modelos para medir el paso del tiempo como son el reloj de arena, el analógico y el digital como metáforas del cambio en nuestras representaciones temporales de la vida.

<sup>67</sup> Así como el enfoque de género deja al descubierto el sexismo, el enfoque desde la edad deja al descubierto los problemas específicos que actualmente se presentan en las relaciones intergeneracionales. El adultocentrismo se traduce en las prácticas sociales que sustentan la representación de los adultos como un modelo acabado al que se aspira para el cumplimiento de las tareas sociales y la productividad. Ha sido aplicado tanto para denotar la relación asimétrica y tensional de poder entre los adultos y otros grupos sociales de edad como los jóvenes (Krauskopf, 1998), o las personas de edad. Esta crítica también se aplica a las ciencias sociales en tanto que el modelo etario adulto es el que habitualmente se toma como referente (Cohen, 1994).

como teoría es considerada vaga y limitada (Cohen, 1994).

Desde el enfoque cultural del envejecimiento (Gilleard and Higgs, 2000), se crítica a los abordajes desde el funcionalismo y el estructuralismo que continúan dominando la gerontología social y gran parte de la variedad de estudios sobre el tema. Esta disciplina ha estado durante mucho tiempo bajo los postulados de la teoría de la dependencia estructural, preocupada por la organización de las pensiones, las prácticas de empleo, la pobreza y las políticas de salud discriminatorias. Es decir, de aquellos entornos estructurales que discriminan a las personas mayores, de los ámbitos donde son excluidas. Sus esfuerzos han ido encaminados a establecer cambios en las políticas públicas; a la consecución de la ciudadanía plena; y en el campo de la salud, a descomponer la asociación entre vejez y enfermedad o declive físico (Estes and Biney, 1989). Pero en el establecimiento de la posición de desventaja y dependencia como su estatus determinado, los teóricos de la dependencia estructurada han colaborado en reforzarlo más que en criticarlo. Aunque han traído a la agenda académica, social y política las cuestiones sobre el proceso de envejecimiento, las debilidades, vulnerabilidades y fragilidades continúan siendo sus objetos de análisis. Un enfoque que, según Gilleard and Higgs (2000), ofrece un relato unidimensional de un proceso multidimensional en el que se tiende a homogeneizar a las personas mayores a partir de sus necesidades y, que en definitiva, les resta agencia. La gerontología crítica ha continuado interesándose en la economía política pero dándole una perspectiva biográfica y narrativa. La jubilación, que ha sido un tema clave en los estudios gerontológicos, ya no es asumida como un cambio drástico en las vidas de las personas, sino que lo que ahora se cuestiona es la centralidad de la jubilación en la conformación de las identidades de las personas mayores.

Otros estudios sobre sexualidades han señalado la heteronormatividad de la gerontología y su falta de atención a la sexualidad desligada de lo biomédico (Cronin, 2004). La producción gerontológica también ha sido revisada desde una perspectiva feminista, desde donde se ha resaltado la ausencia y negación de las cuestiones de género (Arber and Ginn, 1995). Aunque las mujeres predominan de entre el colectivo de personas mayores, su presencia ha sido largamente ignorada. Por ejemplo, no se ha estudiado cómo el sexismo y el edaísmo afecta a las mujeres de edad. Una de las principales críticas que ha recibido el desarrollo gerontológico es que el género se ha usado únicamente como variable de control más que como una categoría analítica de interés (Gilleard and Higgs, 2000). Asimismo, si bien la crítica feminista ha sido imprescindible para mostrar el carácter generizado y naturalizado de la asignación de la responsabilidad de cuidar en las mujeres, el interés de los feminismos, en general, hacia las personas mayores y hacia las relaciones de género que se dan en la vejez, ha sido

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

considerado como escaso y desenfocado.<sup>68</sup> Una de las razones que explicaría la escasez de investigación sobre el tema podría ser la asunción de que las relaciones de género son estáticas a lo largo del curso vital (Arber and Ginn, 1995:1-15). Wray (2003), por su parte, reclama la necesaria exploración de los vínculos entre envejecimiento, género y etnicidad, ya que las experiencias culturales y étnicas han sido invisibilizadas en los acercamientos gerontológicos. Se han reafirmado los efectos de las desventajas estructurales, negando las estrategias individuales y colectivas que las mujeres usan para mantener su agencia y el control en la vejez, así como las diferencias de género en el entendimiento y la vivencia de la plenitud y el envejecimiento.

En definitiva, las tendencias últimas, de las que ya hemos visto algunas propuestas, pueden agruparse desde su orientación hacia estudios más culturalistas. Con ellas se trata de entender los significados de la vejez, la construcción y expresión de las propias identidades, así como las expectativas sociales. Unas perspectivas consonantes con la reflexividad derivada del giro posmoderno en la teoría social contemporánea. Una muestra de ello son los llamados *Ageing Studies*. Desde ellos se propone un acercamiento interdisciplinar al estudio del envejecimiento inspirado en la teoría feminista, la ciencia social crítica, los estudios culturales y el posmodernismo. Son también posiciones críticas al desarrollo de la gerontología social por no reflejar la diversidad; por proponer modelos medicalizados del buen envejecimiento como universalmente válidos; y porque adolece de revisión de su propio paradigma, de su marco de interpretación de la vejez y del envejecimiento como fenómenos sociales, así como por las nociones implícitas en sus propuestas (Biggs y Daatland, 2006). Estos estudios están conformados por una teoría de la edad que no se centra únicamente en las personas mayores, sino que explora la influencia dominante de las construcciones culturales sobre el envejecimiento en personas de todas las edades.

### *Antropología y envejecimiento. Enfoques críticos en busca de un nuevo paradigma*

Los distintos patrones de envejecimiento y las imágenes de la vejez que se dan en diferentes sociedades nos muestran cómo los entornos sociales y culturales tienen un profundo impacto en la apreciación, experiencia y maneras de envejecer. Desde la Antropología el interés ha sido muy escaso. Los aportes de la Antropología a la teoría sobre el envejecimiento, la vejez o la edad (*ageing*) no han sido tan fructíferos como en otros ejes de estudio. Y más que estudiar las personas mayores como tales, éstas han sido consideradas en tanto que informantes clave por razón de su mayor conocimiento

---

<sup>68</sup> Anna Freixas, de la Universidad de Córdoba, y Teresa del Valle, de la Universidad del País Vasco-EHU, son de las escasas referencias que podemos citar que han atendido a las relaciones entre vejez y feminismo en el Estado español.



de las costumbres locales. Los mayores no han ocupado un lugar propio sino que su estatus y tratamiento se convertía en un rasgo a explicar en correlación con otros factores. La edad en sí como categoría, tampoco ha sido cuestionada. El propio envejecimiento de los antropólogos cambió este panorama y en los años ochenta la vejez comenzó a considerarse un objeto de estudio en sí. Aun así, pocos son los antropólogos que han prestado atención explícita al envejecimiento o las personas mayores, pero podemos citar de las etnografías de: Barbara Myerhoff (1978), Haim Hazan (1980), Maria Vesperi (1985), Margaret Lock (1993), Lawrence Cohen (1998) o Sarah Lamb (2000). En el caso español contamos con los trabajos de Teresa San Román (1990), Josep Fericglà (1992) y Montserrat García-Oliva (1995). Unos trabajos que nos han permitido entender el significado de envejecer en otros lugares, observar directamente cómo actúan las personas mayores y cómo son tratadas en el día a día.

En cuanto a los aportes teóricos antropológicos que más han contribuido a la exploración del envejecimiento, hay que destacar el enfoque del ciclo vital reinterpretado a partir del análisis del ritual de Arnold van Gennep (1986), y los patrones de estatus a lo largo del curso vital. Van Gennep distingue tres etapas: separación, transición e incorporación, como abandono de un estatus de edad, cambio de estatus e incorporación a uno nuevo, respectivamente. Unos rituales de paso que se dan durante todo el ciclo vital de manera intermitente. En la aplicación de esta teoría al estudio de la vejez, la jubilación y el proceso de segregación social serían los hitos que situarían a los ancianos en la segunda fase, la de liminalidad, donde quedarían suspendidos sin posibilidad de reincorporación a una nueva identidad. Aquellos que no pasan por la jubilación atraviesan otros umbrales como el del deterioro de la salud o la pérdida del control social (García-Oliva, 1995).

El ritual y el concepto de liminalidad aparecen en muchas de las obras antropológicas sobre la vejez. Para Myerhoff (1978), el acercamiento a la comprensión de la vejez reside en la exploración de los marcos de oposiciones en los que los informantes reconstruyen sus vidas. Unas trayectorias vitales entendidas como batallas por la dignidad, la supervivencia, la autonomía, la continuidad y la alegría en un universo oposicional. En su estudio de la comunidad de ancianos judíos en *Venice Beach* (California), Myerhoff analiza cómo éstos manejan la ambigüedad a través del ritual, lo que les sirve para mantener el sentido de continuidad y la *comunitas* frente a su disolución en el sinsentido. En España la teoría de la ambigüedad ha sido utilizada por García-Oliva (Ibíd.) para afirmar que no es posible homogeneizar a los ancianos ni su imagen cultural, sino que en todo espacio y en cualquier momento la imagen cultural de la vejez y, por tanto, el trato que reciben y el rol que desarrollan los ancianos, es ambiguo.

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

Por su parte, San Román (1990) ha señalado la proclividad a que la ancianidad esté expuesta a situaciones de marginación o exclusión social. Una tendencia que, aunque se retrase o se matice, va a estar presente por razón de dos hechos ineludibles para todos los que forman parte del grupo de los mayores, esto es, el deterioro físico y psíquico así como la proximidad a la muerte. Es por ello que a pesar de la diversidad entre personas mayores y situaciones posibles, la liminalidad forma parte de ese camino sin retorno que es la muerte. Un proceso acompañado de rituales que comportan una idea de contaminación social que ayuda a la exclusión. Caroline Oliver (2007), en su investigación en la Costa del Sol, también va a utilizar el modelo de Van Gennep para interpretar la migración de retiro como un rito de paso. Según la autora, las comunidades de retiro tienen resonancias de la *communitas* de Victor Turner (1980), donde todavía pervive la idea del turismo como viaje sagrado lejos de las convenciones sociales (Graburn, 1978). Estos enfoques han sido criticados en su aplicación para el análisis de la edad y el envejecimiento por considerar que llevan a un tratamiento de la cultura y el ritual como holísticos y totalizadores; marginando los aspectos macrosociales, las cuestiones de clase y las diferentes experiencias según cohortes (Vesperi, 1985; Cohen, 1994).

Una de las revisiones más críticas de los estudios sobre el envejecimiento realizadas desde la Antropología, es la llevada a cabo por Lawrence Cohen (1994). Desde una perspectiva crítica y cultural, el autor comienza preguntando por qué tantas revisiones y compilaciones están paradójicamente plagadas de lamentaciones sobre lo poco que hay para revisar; para a continuación, cuestionar la existencia de teoría antropológica en la contemporánea Antropología de la vejez. Cuestiona enfoques y contenidos, pero también critica el proceso de “manufactura de una disciplina”, una expresión que toma de Marilyn Strathern, y la retórica implicada en ello.

Vamos a seguir el recorrido que Cohen realiza por las elaboraciones sobre el envejecimiento en su incendiario texto. Comienza en los años ochenta, época en la que se eleva una queja generalizada por la falta de producción teórica y de epistemología antropológica de la vejez. En 1990, Sokolovsky celebra el aumento de producción empírica en la nueva especialidad o subcampo llamado de diversos modos: Socio-gerontología comparativa (*Comparative Sociogerontology*), Etno-gerontología (*Ethno-gerontology*) o Antropología de la edad (*Anthropology of Aging*). A partir de esta nueva especialidad emergen nuevas estructuras profesionales como la *Association of Anthropology and Gerontology* (AAGE) y el *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. En 1992, Keith declara triunfalmente a la *Gerontological Society of America* que la batalla para incluir el estudio de la vejez en la Antropología se ha ganado, y que el próximo objetivo va a ser el de incluir la perspectiva antropológica dentro de la Gerontología.

En la década de los noventa surgen visiones críticas sobre el marco teórico y epistemológico de la Gerontología y la Geroantropología. Carroll Estes (1993) describe la paradoja de una gerontología que surge como una penetrante industria de servicios, que se autodedica a preservar y proteger la independencia y normalidad de los ancianos; pero que, a su vez, necesita de su dependencia y marginalidad para sobrevivir. Cohen, también observa que, a diferencia de la Antropología feminista, la Geroantropología no ha surgido de sectores de antropólogos en su vejez. Este hecho ha conllevado que las personas mayores hayan sido vistas como los “otros”, construyendo una heterología que ha provocado problemas de interpretación, de aproximación y de construcción teórica. La construcción disciplinaria del estudio de las personas mayores lleva pareja una otredad implícita derivada de la ausencia de “militancia antropológica”.<sup>69</sup> Es por ello que Cohen cuestiona su desarrollo teórico, su compromiso y sus posibilidades de crítica desde su constitución en subcampo. En cuanto a las críticas teóricas, éstas se centran en que la subdisciplina de la Geroantropología incita a hablar de la vejez en términos morales y oposicionales, como un territorio a descubrir en una mezcla de sociología aplicada y narrativa romántica; donde se han eliminando de entre sus preocupaciones los debates en torno a la teoría de la práctica, la hegemonía, la ideología y la cultura.

Tras las críticas, Cohen presenta sus propuestas para el estudio de la vejez. Con ellas pretende superar los encorsetamientos de la inaugurada subdisciplina en tres direcciones: un enfoque fenomenológico basado en la experiencia, el *embodiment*<sup>70</sup> y la identidad; un enfoque crítico basado en las racionalidades y hegemonías a través de las cuales el envejecimiento es experimentado y representado; y como tercera perspectiva, un enfoque interpretativo desde el que se examine la relevancia de la edad del etnógrafo para conocer las formas que adquiere el conocimiento producido. Cohen pone como ejemplo de trabajo fenomenológico el de Sharon Kaufman (1986), donde el concepto reificado de vejez es pluralizado a partir del estudio de las narrativas de las personas mayores respecto a sus sentidos de la vejez. Desde la segunda perspectiva, la de las racionalidades que descentran el sesgo de la mirada euroamericana, están los estudios que atienden tanto las complejidades de la estructura simbólica como las políticas culturales. En ellos, el estudio de la vejez está incorporado a un enfoque crítico más amplio sobre las ideologías, nacionalismos, modernidad y las

---

<sup>69</sup> En sintonía con esta afirmación de Cohen, es significativo notar el hecho de que la crítica a la seccionalización del curso vital y el cuestionamiento de las categorías sociales en relación a la edad haya tenido que esperar a ser hecha desde quienes viven y trabajan desde la perspectiva de la etapa más tardía. Al igual que con el racismo, el sexismo o la homofobia, las críticas nacen de la subalternidad y muestran que las categorías son problemáticas en la medida que jerarquizan y distribuyen cuotas de poder diferenciales entre unos y otros.

<sup>70</sup> Encarnación, in-corporación.

## *Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas*

construcciones de género en distintos lugares. Las aportaciones de Lock (1993) sobre Japón, Lamb (1993) en el norte de la India y su propio trabajo en la India (1998), son considerados una buena muestra. Por último, señala que son pocos los trabajos donde se ha hecho un cuestionamiento interpretativo en lo que la edad del antropólogo refiere. Destaca sin embargo a Myerhoff (1978), como la primera en explorar las hermeneútics específicas de la diferencia generacional, y a otros trabajos de personas mayores que, como tales y no como profesionales, han escrito sobre sus experiencias. Entre ellos estarían los de Elizabeth Colson (1984) y Carobeth Laird (1979).

### *El envejecimiento: modelos, nociones y negaciones*

El envejecimiento es una entidad diversa y compleja hecha de numerosos procesos psicológicos, sociales y biológicos que, si bien están relacionados, también son independientes unos de otros (Gilleard and Higgs, 2000). No obstante, determinados modelos han dominado la comprensión de la vejez y el envejecimiento en las sociedades occidentales. A diferencia de otros tramos de edad, tanto la percepción como interpretación de la vejez es básicamente corporal. Muestra de ello es que el estudio del envejecimiento ha sido habitualmente tratado desde una perspectiva medicalizada (Katz, 2005), y durante mucho tiempo la gerontología se ha fijado, casi exclusivamente, en la dependencia y el deterioro vinculando estos aspectos al segmento de la población de mayores. El envejecimiento ha sido contemplado habitualmente como un problema, definido en términos de declive físico y pérdida de competencias sociales. La persona mayor ha sido descrita por aquello que ya no es: un adulto productivo; y desde la consideración del periodo laboral como el climax del curso vital moderno (McHugh, 2000). Esta mirada se ha materializado en una medicalización de la tercera edad que, con su énfasis en el declive de los cuerpos, ha reforzado las imágenes negativas de este período vital (Blaikie, 2004:80; Gilleard and Higgs, 2000:14).

La medicalización del envejecimiento se traduce en el poder que la biomedicina ostenta para definir el envejecimiento. Su hegemonía alcanza a la definición de la vejez, desplegada en el dominio de los modelos científicos para la comprensión del curso vital; y al uso y proliferación de tecnologías tanto para solventar los problemas de enfermedades asociadas a la edad avanzada, como para evitar la muerte en la última etapa de la vida (Estes and Biney, 1989). La preponderancia de este modelo ha sido interpretada como una manifestación edaísta en la medida en que se hace una equivalencia entre vejez y enfermedad, sin clarificar qué se puede atribuir a la vejez y qué corresponde a otros procesos específicos. Una sinonimia que trae como consecuencia que todos los malestares se asocien a la edad, y que las oportunidades

para prevenir, evaluar y tratar problemas específicos sean ignoradas (Kaufman, 1994).

Si bien tanto la Geriátrica como la Gerontología social han intentado superar el escollo de patologizar y de asociar lo negativo a la vejez, ambas fundan su identidad profesional en una paradoja: las personas mayores son mejor tratadas, atendidas y entendidas si las separamos del resto de adultos (Cohen, 1992; en Kaufman, 1994:431). La Geriátrica trata de separar el envejecimiento normal de los procesos de enfermedad, pero su estatus como especialidad profesional refuerza la idea de la medicina clínica como marco explicativo para comprender y tratar la vejez (Kaufman, 1994:432).

Las últimas elaboraciones teóricas sobre el envejecimiento pretenden problematizar los paradigmas desde los que se ha entendido la vejez, y cuestionar las categorías etarias existentes a partir de la exploración del sentido de la edad que las personas mayores tienen. Y si algo comparten estas narrativas contemporáneas, es que el eje sobre el que descansan las identidades de las personas de edad, es fruto de una tensión entre un cuerpo envejecido y un yo joven que intenta emerger, entre lo exterior y lo interior, lo público y lo privado. La noción de *ageless self* es una de las expresiones identitarias que ha generado más discusiones en cuanto a la conceptualización de la edad, como a los modelos para entender el envejecimiento refiere. Fue acuñada por Kaufman (1986) a partir de su trabajo sobre la identidad expresada por las personas mayores en sus relatos de vida. Las personas mayores con las que realizó su estudio hablaban de sí mismas con un sentido del yo no cronológico, sino como una categoría de experiencia o fuente de sentido; una identidad sentida en el interior en contraste con un cuerpo que envejece. Un yo sin edad que vendría a albergar la noción de continuidad, coherencia e integración en el envejecimiento, en un intento de confrontar los estereotipo negativos de la vejez (Ibíd.). El concepto de *ageless self*, a pesar de su intención de combatir las interpretaciones monolíticas y negativas sobre la vejez, se ha considerado en sí mismo edaísta. Se ha interpretado como expresión de la negación ante el cambio y los significados de envejecer en un intento de prolongación de la adultez (McHugh, 2000).

El concepto de *mask of ageing* o máscara del envejecimiento de Featherstone y Hepworth (1991) plantea la identidad desde la dialéctica. Define el sentimiento de alienación experimentado por las personas mayores cuando éstas son percibidas por los demás como mayores. La metáfora de la máscara remite a la dualidad entre lo que se muestra en la superficie exterior del cuerpo y el sentido del yo que cada persona siente, esencia de la verdadera identidad que se oculta bajo la máscara. Según los autores esta vivencia explica que la vejez sea vista como patológica, mientras que el yo interior y esencial es visto como normal, lo que contribuye a la ilusión de que la vejez es una enfermedad potencialmente curable. Esta máscara también puede formar parte

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

de una estrategia de mascarada con la utilización de las tecnologías anti-edad (cosméticos, ejercicio físico, cirugía, ropa) para disimular los signos de la edad (Biggs, 1993). Un tipo de trabajo corporal en el que las mujeres reciben más presión social (Fairhurst, 1998; en Howson, 2003:153).

Peter Öberg (1999; en McHugh, 2000:105) destaca que estas narrativas refuerzan una identidad descorporalizada, un yo interior (o alma) tenido por superior al cuerpo, y una valoración de la continuidad frente a la discontinuidad. Pero lejos de ser sintomáticas de la libración del yo frente a las constricciones sociales sobre la vejez, hay lecturas que señalan que estas narrativas son reflejo de las propias convenciones y expectativas sociales. Unos modelos también alentados por la propia gerontología social que muestran la paradójica ausencia del cuerpo sus desarrollos; aun teniendo en cuenta que el envejecimiento, objeto de su estudio, es principalmente un proceso corporal.

El modelo biomédico y los idearios de continuidad del yo también se hacen notar en algunos de los planteamientos de la gerontología, cuando ésta se presenta como una manera de combatir la “enfermedad” de la vejez (Moody, 1993; en McHugh, 2000:104). Un ejemplo de ello son las propuestas del envejecimiento positivo en las teorías de la actividad. Los diseños políticos, económicos y las agendas de investigación se encaminan a la empresa promocional de un envejecimiento optimista, funcional y de bienestar que se han difundido a través de términos propagandísticos como: envejecimiento exitoso (*successful ageing*), envejecimiento saludable (*healthy ageing*), envejecimiento normal (*normal ageing*) o el envejecimiento productivo (*productive ageing*). Sus postulados no sólo permanecen en los discursos profesionales, sino que también forman parte del conocimiento popular sobre cuáles son las conductas y actividades apropiadas para envejecer bien. El sustrato de esta noción reside en la posibilidad de modificar el proceso de envejecimiento con la adopción de un estilo de vida determinado basado en la emulación de la juventud y la adultez productiva. Una noción con resonancias calvinistas de la ética del “*busy time*” (Ekerdt, 1986), en la que se privilegia la actividad y el estar ocupados. El modelo de envejecimiento positivo ha sido duramente criticado por su individualización; su etnocentrismo, enraizado en el concepto americano de éxito y fracaso (Torres, 1999:33); su encubrimiento de unos valores elitistas de clases medias como dominio ético cargado de connotaciones morales (Katz, 2005:124); su carácter imperativo; y por su vinculación al consumo cuando es usado con fines comerciales y políticos (Blaikie, 2006). El envejecimiento positivo porta un mensaje implícito con el que se viene a transmitir que la vejez y el declive se pueden mantener lejos, mientras se prolongue la adultez y el uso de eufemismos para la vejez (McHugh, 2000). Pero esto

no es más que un discurso distópico del todavía tabú del declive y la muerte (Blaikie, 2006:19).

Las premisas del envejecimiento exitoso se han convertido paradójicamente en constataciones edaístas de anti-envejecimiento (Oliver, 2007:34), con las que se corre el peligro de estigmatizar a aquellas personas que no pueden permitirse envejecer positivamente, es decir, participar de un modelo determinado de actividad y consumo (Wray, 2003). Este análisis crítico se puede extender a otros conceptos utilizados en gerontología, como el de calidad de vida o empoderamiento. Unos conceptos asumidos y aplicados acríticamente a pesar de ser culturalmente específicos, al igual que las nociones de independencia, elección y autonomía, que en la sociedad occidental se entienden como equivalentes a envejecer adecuadamente. Desde la *Cross-cultural Gerontology* se ha expresado la necesidad de conocer en qué manera los constructos en cuestión son entendidos, y se defiende un ajuste del concepto y las medidas utilizadas para explicar qué constituye el agenciamiento y el empoderamiento en la vejez a través de la etnicidad y la cultura. Se critica que los gerontólogos sólo hayan estudiado los significados del envejecimiento exitoso en los contextos culturales en los que se había generado su sentido. En este sentido, el encuentro de contextos culturales que conllevan las migraciones apela a la necesidad de entender el envejecimiento exitoso de modo transcultural. Autoras como Wray (2003) o Sandra Torres (1999) apuestan por un marco teórico sensible a lo cultural con el que analizar el envejecimiento, unas descripciones de la etnicidad y el envejecimiento que vayan más allá de unas mismas medidas y conceptos estándar que no contemplan la relevancia de los contextos particulares. Torres (2001) aboga por la necesidad de construir conceptos dentro de las especificidades culturales: atender a cómo la cultura da forma a las diferentes construcciones de la edad, a los valores culturales y a las creencias que dan sentido al significado de plenitud y felicidad. Una perspectiva que aplica a su trabajo sobre los migrantes iraníes de edad en Suecia, en el analiza cómo los contextos culturales determinan el entendimiento de estos constructos y cómo la migración puede desafiar sus lógicas.

Unas propuestas son descriptivas, otras problematizan las categorías utilizadas para explicar lo que acontece, mientras que las más conectadas con los aspectos políticos demandan cambios de las mismas en tanto que la política es en gran medida la que da forma, produce y reproduce una manera de entender la edad y de situar a las personas mayores socialmente. Pero si la vivencia del yo sin edad es una forma de edaísmo, si los profesionales de la gerontología y académicos cercanos a la materia están implicados en perpetuar el pensamiento edaísta, si los gerontólogos son los que hacen proselitismo del envejecimiento exitoso como si se tratara de un nuevo

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

sacerdocio de profesionales, y sobre todo, si las imágenes negativas de las personas mayores son edaístas y las proclamadas imágenes positivas también lo son, ¿es el pensamiento no edaísta culturalmente posible? (McHugh, 2003).

### 2.4. Intersecciones temáticas

En este apartado vamos a presentar algunas intersecciones temáticas desde las que las migraciones se han vinculado a otros procesos sociales como la salud, el ciclo vital o los *cuidados*. Sin la intención de ser una muestra exhaustiva, se dará cuenta de los hallazgos que pueden ser más significativos para el tema que nos concierne.

#### *Migraciones y salud*

La inmigración ha pasado a ser la nueva representación del “otro” en las sociedades occidentales. En consonancia, la mayoría de las investigaciones sobre migraciones y salud se han llevado a cabo desde el punto de vista de los profesionales de la salud de la sociedad de acogida, en el que los inmigrantes han sido representados como problemáticos o víctimas (Meñaca, 2007). Ejemplo de esta mirada es la consideración de las migraciones como vector de enfermedades (Mota, 2007); y los inmigrantes, como grupo de riesgo (Lurbe, 2004).<sup>71</sup> Unos modelos y unas asunciones, que parte de la producción académica actual sobre el tema ha tratado de desarticular.

En el Estado español, marco social y de producción académica en el que nos vamos a centrar, el interés por el estudio de las relaciones entre salud y migraciones surge en los años noventa como fruto de la percepción problemática de la población inmigrante y del fracaso de las políticas públicas. En este corpus de trabajos, los enfoques analíticos han girado principalmente alrededor de las siguientes cuestiones: los problemas de un sistema sanitario que se queda obsoleto para atender las nuevas demandas; las condiciones de vida de los inmigrantes; las “culturas sanitarias” de los inmigrantes; su estado de salud; las políticas públicas que se están adoptando; y cómo influye o puede influir la inmigración en la salud de la población (Botelho et al. 2004).<sup>72</sup> La mayor parte de los estudios comenzaron siendo cuantitativos, pero en la última década ha habido una proliferación de trabajos cualitativos que han aportado datos, al tiempo que realizado una crítica sobre algunos de los presupuestos de partida

---

<sup>71</sup> Katia Lurbe (2004:9) analiza el proceso de medicalización de la inmigración como una estrategia política de salud pública basada “en la gobernabilidad, el control y la regulación de los cuerpos extraños”. Según la autora, al definir los cuerpos enajenados como grupo de riesgo se activa un doble mecanismo de vigilancia epistemológica de las desviaciones sociales y de perfeccionamiento biopolítico de la condición humana

<sup>72</sup> Para un análisis de mayor profundidad bibliográfica sobre migraciones y salud en nuestro país véase María Teresa Gijón y colaboradores (2006).



y prácticas sanitarias e institucionales, proponiendo nuevos enfoques.<sup>73</sup> Los intereses en los que se han ido configurando estas aportaciones se sitúan en las políticas sanitarias, los modelos de comprensión y atención a la diversidad cultural, las representaciones y prácticas sanitarias, o las prácticas y estrategias de la población inmigrante.

La atención a la inmigración en el espacio de la salud se ha ido configurando desde “lo cultural”, entendido como taxonomía y repertorio de rasgos específicos. La preponderancia de estas lecturas culturalistas para entender y atender las demandas de salud de la población inmigrante, ha tenido una doble consecuencia. Por un lado, ha supuesto una identificación exclusiva de los factores culturales en salud en la población autóctona, obviando que la diversidad lingüística, étnica y/o cultural interna ya estaba presente y formaba parte del conjunto de la ciudadanía (Comelles y Bernal, 2007). Mientras que por otro lado, las perspectivas que atienden a las condiciones de vida de quienes migran, en particular las derivadas de su contexto socio-laboral, han sido marginadas (Fernández-Rufete y Becerra, 2005). En este sentido, Comelles (2007:99) ha resaltado que la vulnerabilidad de los inmigrantes a la enfermedad radica, sobre todo, en su condición proletaria, no en su origen geográfico o su identidad étnica. Estos usos sesgados reclaman una revisión de las concepciones taxonómicas de “cultura” y de diversidad cultural, así como de su aplicación en el ámbito de la salud:

“La diversidad cultural asociada a la inmigración representa elementos de reorganización de la cultura de la salud en el conjunto de la población, tanto porque desafía la organización de los dispositivos o abre espacios imprevistos de uso, porque desafía las culturas de organizaciones de los profesionales y de las instituciones exigiendo cambios y nuevas estrategias de formación, y porque supone, desde el punto de vista político –y especialmente en Europa–, un reconocimiento de los derechos de las minorías que habitualmente se había escudado en el principio de la homogeneidad cultural ‘nacional’, para disimular la diversidad cultural” (Comelles, 2004:24).

La cultura no puede ser entendida como monolítica, ni únicamente asociada a un origen. En medio de procesos permanentes de construcción y reconstrucción de significados entre lo local y lo global, donde se engendran formas culturales específicas y cambiantes de forma permanente, se hace necesario unas concepciones fluidas y flexibles de la cultura que respondan a la variabilidad y complejidad de identidades y de *ethnoscapes*<sup>74</sup> (Comelles y Bernal, 2007:7). Por lo tanto, la *competencia cultural* en el

---

<sup>73</sup> En este tiempo han sido defendidas varias tesis de carácter etnográfico que han aportado material de análisis para el estudio de la inmigración y salud en el Estado español: Juan Ignacio Rico (2007), Arancha Meñaca (2007), Serena Brigidi (2009), Elvira Villa (en redacción). Asimismo hay que destacar el monográfico Migraciones y Salud (Comelles et al. 2010).

<sup>74</sup> Término acuñado por Appadurai (1991), que se podría traducir como *etnopaisajes*, y que remite a la interconexión entre los procesos globales y locales que generan formas culturales específicas, y a la inestabilidad y fluidez que articulan las identidades posmodernas.

## *Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas*

marco de la atención a la salud ha de basarse no tanto en el conocimiento de las taxonomías culturales o la disponibilidad de recursos de traducción (si bien indispensables), sino en cambios en las habilidades, en la agencia y la profesionalidad necesarias para la toma de conciencia de los sanitarios de un concepto de cultura flexible y en construcción. En definitiva, de un modelo mucho más comprensivo del contexto cultural y de la diversidad de todos sus pacientes (Ibíd.)

Pero no sólo se trata de prácticas y disposiciones de los profesionales. Las deficiencias en la atención a la población inmigrante también están ligadas a factores estructurales y políticos. Los servicios sanitarios se han visto desbordados, tanto cualitativamente como cuantitativamente, ante las nuevas demandas. Las desigualdades de acceso y la saturación asistencial están relacionadas con unas condiciones estructurales de los dispositivos asistenciales del sistema sanitario español, que se han mostrado inadecuadas para la demanda existente (Fernández-Rufete y Becerra, 2005). Es por ello que se hace necesario contextualizar la comprensión de los procesos de salud/enfermedad/atención en la población inmigrante, en un ámbito político más amplio.

Francisco Javier Moreno (2010) ha analizado cómo las formas de incorporar la “otredad” inmigrada varían, dependiendo del modelo político de cada Estado-nación. Los dispositivos de salud han tenido que adaptarse a la población inmigrante y a sus demandas procurando su acceso a la atención sanitaria y respondiendo a sus necesidades específicas; pero en cada país, las pautas de actuación han sido distintas. A modo de “paradigmas políticos”, las políticas diseñadas para atender a las necesidades de las poblaciones de origen inmigrante están vinculadas con el modelo teórico a través del cual se afronta la diversidad interna de una sociedad. Así, el Reino Unido se caracteriza por el universalismo y el multiculturalismo; Francia, por el aseguramiento social y el republicanismo; y España, por la universalización progresiva y la inexistencia de un modelo de incorporación de dichos colectivos a la sociedad española. En España las consideraciones sólo han alcanzado al acceso pero no a la equidad sanitaria, relegada al ámbito local, y en general, ausente en la reflexión sobre el ámbito sanitario español (Ibíd.).

Entre los trabajos que han ido más allá de las consideraciones sobre el ámbito sanitario para centrarse en la población migrante, está el de Arancha Meñaca (2007). La autora ha indagado en los procesos de autocuidado en familias migrantes ecuatorianas mostrando su dimensión trasnacional. Asimismo ha señalado cuáles son las dificultades de la Atención Primaria para entender y atender sus problemas cotidianos de salud. En su estudio destaca la importancia del contexto de origen para conocer los lazos que existen entre migración y condiciones de vida y salud en origen;

para comprender las demandas que los inmigrantes presentan a los servicios de salud en los contextos receptores; y para analizar las relaciones, la comunicación, y los flujos de dinero, medicinas, enfermos y cuidadores que suponen las prácticas de autoatención de las familias migrantes. Con ello ha tratado de desterrar las imágenes negativas que los estudios de salud pública ofrecen sobre los migrantes y minorías étnicas al conceptualizarlos como víctimas o causa de problemas de salud. En este caso, ella les presenta como agentes activos en salud. En su propuesta destaca la necesidad de reflexión sobre los aspectos ideológicos y culturales del sistema sanitario y los grupos profesionales que lo forman, para de este modo conocer cómo influyen en las maneras de relación con las personas inmigradas.

El debate generado y los enfoques empleados en torno a la salud y la inmigración se han referido mayormente a la inmigración laboral y económica y, dentro de ésta, principalmente a aquella proveniente de África, Latinoamérica y los países de Europa del Este. Pau Mota (2007), que en su tesis doctoral realiza una revisión de los estudios sobre inmigración y salud en Cataluña, señala que esta selección supone un sesgo a la hora de llegar a conclusiones sobre las relaciones existentes entre la salud y la inmigración. Las aportaciones que se sitúan en el marco de estudio de salud y migraciones sólo se centran en inmigrantes extranjeros procedentes de unos países determinados y que viven en unas condiciones determinadas. La exclusión del resto de inmigrantes que no responden al patrón no es argumentada y, además, se da como asumida. Tal y como apunta, Cataluña también recibe otro tipo de inmigrantes como directivos de multinacionales, deportistas de élite o jubilados europeos que no han sido incluidos en los estudios sobre inmigración y salud y que, probablemente, arrojarían otros datos en lo que refiere a los vínculos entre salud e inmigración (2007:309-310).

### *Migraciones de retiro y salud*

La salud, ausente entre los motivos de migración de la población joven y adulta, explica buena parte de los movimientos migratorios que se producen en la vejez (Longino et al. 1991). A pesar de ello, la bibliografía específica sobre inmigración de retiro y salud es bastante escasa. Como ya hemos mencionado, desde los estudios sobre migración de retiro los esfuerzos se han dedicado a una descripción y análisis más amplia de éste fenómeno; y por otro lado, desde los estudios sobre migración y salud, esta población no ha sido considerada. Sin embargo, el hecho de que gran parte de la producción académica sobre inmigración de retiro incluya referencias, artículos o capítulos de libros relacionados con la salud y la provisión de servicios, nos permite

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

extraer los resultados y enunciar algunos de los principales ejes de interés.<sup>75</sup> Unas aportaciones que fundamentalmente aluden a la salud como motivación; al impacto de la presencia de esta población en los servicios sociosanitarios de destino; a las dificultades con las que se hallan para acceder a la atención de sus necesidades, desde una perspectiva local como europea; así como a los recursos que activan para solventarlos. El contexto de producción en el que nos vamos a centrar es el europeo,<sup>76</sup> aunque la mayor parte de los datos refieren a diversas zonas de retiro de España.

En todas las investigaciones, la salud aparece como una de las principales razones argumentadas por los retirados para la movilidad. La migración es considerada como una estrategia de mejora de la calidad de vida (Ackers y Dwyer, 2002) en la que aspectos como el clima, el entorno y el estilo de vida son muy valorados en términos de salud (Betty y Cahill, 1998; King et al. 2000; Schriewer y Rodes, 2006). Estos flujos de retiro han ido conformando algunas áreas del Mediterráneo en singulares regiones y municipios europeos de retiro (Echezarreta et al. 2005) o, desde otros términos, “en la antesala de un geriátrico” (Comelles y Bernal, 2007). Esta última afirmación está en consonancia con los análisis que Jurdao y Sánchez hacían ya en los noventa en su crítico libro “*España, asilo de Europa*”, en donde advertían del impacto que la “exportación de viejos” (1990:218) podía suponer en los territorios y las culturas locales de la costa cálida española. El desplazamiento y concentración de esta población de personas mayores en determinados enclaves ha supuesto unos efectos sociales, económicos y políticos destacables a nivel local, cuyo impacto ha merecido la descripción y análisis en varios trabajos (Jurdao y Sánchez, 1990; Williams et al. 1997; Casado-Díaz and Rodríguez, 2002).

Según los diferentes estudios, una gran parte de la población extranjera jubilada utiliza los servicios sociosanitarios públicos españoles (La Parra y Mateo, 2008). Si bien los datos coinciden en que están satisfechos con la atención que reciben (King et al. 2000; Rodríguez et al. 2005), sus dificultades con el idioma y la escasez de intérpretes en las zonas hace más difícil la situación de atención (Betty y Cahill, 1998; King et al. 2000; Huber and O’Reilly, 2004; Kaiser and Friedrich, 2004; Hardill et al. 2005). En los mismos trabajos también se señala como dificultad la falta de recursos institucionales para la atención a la dependencia, como consecuencia de la delegación en la familia de gran parte de estas tareas. La orientación familiar de los servicios españoles de salud y cuidado pone en una situación delicada a la población inmigrante

---

<sup>75</sup> Para una revisión más completa véase Inma Hurtado (2008).

<sup>76</sup> Para mayor conocimiento de los estudios llevados a cabo en EEUU sobre migración de retiro y en ellas sus referencias a los procesos de salud/enfermedad/atención, se puede consultar la exhaustiva y detallada revisión bibliográfica realizada por William H. Walters (2002).

retirada más mayor o con problemas de salud, pues sus recursos familiares suelen hallarse lejos y dispersos.

Las relaciones entre familia, políticas de bienestar y diferentes modelos de cuidados y recursos en la Unión Europea son el marco bajo el que se explica la falta de atención domiciliaria y de residencias para mayores en España (Alcalde et al. 2004). En estos casos, las redes sociales de apoyo y los grupos desempeñan un papel fundamental, pues construyen sus propios dispositivos de atención sociosanitaria. Hardill et al. (2005) tratan de cerca algunos casos extremos de retirados europeos en situación de necesidad, que dada la debilitación de los lazos familiares, sociales e institucionales han llegado a situaciones desesperadas en las que han tenido que ser atendidas por una asociación. A partir de estos casos muestran cómo acontecimientos inesperados ponen en juego los recursos personales, sociales y económicos de estas personas. Hay personas que quedan al desamparo de los derechos básicos que cada país tiene la competencia de garantizar, lo que les hace depender de la activación de recursos en el ámbito local. Estas situaciones críticas de deterioro de salud y/o necesidades de cuidado son las que finalmente hacen que muchos de los europeos retirados en otro país consideren el retorno (Dwyer, 2000, 2001; Helset et al. 2005; Huber, 2005).

Para Ackers y Dwyer (2002), algunos de estos migrantes extranjeros de edad sufren desventajas estructurales al migrar a países donde la cobertura de servicios sociosanitaria es menor. Con la migración de retiro, muchos de los beneficios de que se dispone un país no son siempre transportables a otros y, a pesar de los diferentes tratados de la UE (Maastricht, Amsterdam, Roma, Schengen etc.) y de los distintos acuerdos bilaterales entre países, la tenencia o no del permiso de residencia va a ser la que determine el tipo de subvenciones y derechos a los que se puede acceder (King et al. 2000). Las estructuras legislativas y políticas europeas y estatales se muestran obsoletas cuando se trata de estilos de vida transnacionales como los que desarrollan muchos retirados europeos, para quienes la vida transcurre en más de un país (Gilleard and Higgs, 2000; Warnes and Williams, 2006; Bozic, 2006).

Ackers and Dwyer (2002, 2004) han resaltado las limitaciones de la legislación y de las políticas de la UE ante la realidad migratoria de sus ciudadanos, en concreto, las desventajas estructurales que suponen para la gente mayor. Han destacado el hecho de que, aun disponiendo del derecho a la libre circulación en territorio europeo, la legislación del proyecto económico, político y social de la Unión Europea no responde satisfactoriamente a los modelos de vida transnacional de sus miembros, además de estar sesgada dado que únicamente contempla la movilidad de los trabajadores. Por todo ello, y a pesar de la llamada ciudadanía europea, los derechos a la atención

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

sociosanitaria van a venir determinados por las leyes nacionales, por lo que dependerán de los sistemas que operen en cada estado miembro y de sus aplicaciones en las instancias locales.

### *Movilidad, curso vital y personas mayores*

Entre los modelos conceptuales utilizados como marco para entender la migración de personas mayores, William H. Walters (2002) destaca el *lifecourse model* o modelo del curso vital. Desde esta perspectiva se considera que la fase del curso vital juega un papel más relevante que la edad para determinar una movilidad. En su aplicación se intenta identificar los acontecimientos más importantes del curso vital asociados a la movilidad geográfica, clasificar y describir aquellos migrantes que es más probable que se desplacen en respuesta a ese acontecimiento; así como evaluar las características asociadas, de manera más común, con la movilidad de cada grupo de migrantes. Por consiguiente, la movilidad residencial se interpreta como respuesta a acontecimientos del curso vital como la jubilación, la dependencia, el declive de recursos o la viudedad. Estas circunstancias pueden empujar a la migración hacia un lugar más atractivo buscando amenidades o una asistencia más barata o más segura, como puede ser una institución residencial (Cribier, 1980).

La vinculación del ciclo vital con la movilidad no es sólo aplicable a las personas mayores. El viaje abre la posibilidad de renovación y reinención, y suele estar ligado a proyectos vitales aspiracionales. Según etapas vitales, estos itinerarios adquieren distintas formas. Los viajes de aventura son llevados a cabo por jóvenes mochileros como expresión de juventud (Noy, 2004), mientras que la migración tras la jubilación es una vía para un nuevo comienzo, para desarrollar narrativas etarias alternativas a través de las cuales reapropiarse de su identidad (Oliver, 2007). A partir del desplazamiento hacia determinados lugares que se identifican como apropiados para envejecer bien, alejan de sí mismos los miedos y los estereotipos negativos asociados con el envejecimiento. Quienes tras la jubilación migran hacia España, conectan su experiencia con las imágenes asociadas al lugar de destino, con las retóricas liberadoras del viaje, con la cultura de tradición y con nuevas posibilidades para vivenciar la edad. De este modo tratan de alcanzar ciertas aspiraciones sobre el uso del tiempo, el cuerpo y el envejecimiento, la sociabilidad y la identidad cultural (Ibíd.). Explica Blaikie (1997:629) que en el Reino Unido ha habido una identificación del envejecimiento positivo con la vida cerca del mar, siendo España una extensión de esa creencia. Pero no sólo los elementos climáticos se asocian con un buen envejecimiento, sino otros relacionados con un “clima social”. En esta línea, Huber and O’Reilly (2004:338) apuntan que los británicos consideran que en España se

acepta más a las personas mayores que en Gran Bretaña.

Uno de los fenómenos derivados de la búsqueda de entornos mejores para envejecer, es la movilidad hacia comunidades segregadas espacialmente y por edad, las llamadas *retirement communities*.<sup>77</sup> Estas comunidades tienen su origen en Estados Unidos y están estrechamente vinculadas a la migración de retiro. Destinadas exclusivamente a personas mayores, son del tamaño de una ciudad pequeña, disponen de los servicios necesarios de abastecimiento, salud y ocio dentro de su interior, pero no están institucionalizadas. Serían una especie de refugio que habría que ubicar en el contexto de los cambios en la estructura social de la sociedad norteamericana en las últimas décadas, en cuanto a la reorganización de hogares y familias y a la disminución del contacto intergeneracional refiere. El menor contacto con los hijos ha favorecido su predisposición a trasladar su residencia a lugares enfocados al ocio que ofrecen las ventajas y comodidades de un entorno urbano, soslayando sus riesgos y dificultades (Gober, 1985). A ellas llegan personas de clases medias y medias-altas, socialmente conservadoras, que han trabajado duro, que han sacado adelante a sus familias, que han invertido y ahorrado ganándose el derecho de escapar a “santuarios” donde preservar sus valores y virtudes fundacionales de su estilo de vida<sup>78</sup> (McHugh y Larson-Keagy 2005:250). Estos entornos proporcionan seguridad, afirmación y sentimiento de pertenencia, pero no siempre se consideran lugares deseables, ni para las personas mayores ni para la sociedad en general (Gober, 1985).

Los autores que han trabajado sobre ello consideran que responden, en parte, al sentimiento de pérdida de rol de las personas mayores en la sociedad contemporánea, y a la vez representan un modelo de promoción del envejecimiento activo. Para McHugh y Larson-Keagy (Ibíd.) las comunidades de retiro son tanto antídotos contra los estereotipos negativos hacia la vejez, como síntoma del edaísmo existente en la sociedad americana. En su publicidad utilizan imágenes basadas en un lugar donde envejecer bien, y unos valores sociales concretos de prolongación de la adultez, de un yo sin edad. Una idea de envejecer positivamente y con éxito, en la que el mismo proceso es negado bajo el mito del *ageless self* a partir de un mantra de continua actividad que parece alejar el fantasma de la vejez (McHugh, 2000). Gubrium (1973; en Rodríguez, 1979), con el “mito de los años dorados” critica que este tipo de entornos en donde se concentran personas mayores, se retraten como estables y faltos de problemas; que a las personas de edad se les describa con tópicos como el altruismo o

---

<sup>77</sup> Una de las más populares la de *Sun City*, en Arizona. Allí, en 1960, la Del Webb Company lanzó un gran experimento social: la primera comunidad restrictiva por edad compuesta para “adultos activos” a gran escala en el desierto de Sonora. Sus cálculos fueron de 10,000 asistentes a la inauguración que, según cuentan, produjo uno de los mayores caos de tráfico en Arizona que se recuerdan.

<sup>78</sup> La primera etnografía sobre una comunidad de retiro es la de *Fun City* de Jerry Jacobs (1974).

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

desde la imagen de la pareja de viejecitos entrañables que se quieren; y que el envejecimiento se explique como una disminución de deseos y necesidades, de equilibrio y satisfacción. Estas representaciones funcionan como un mecanismo psicosocial de “doble estándar” que ayuda a perpetuar una segregación cultural de los ancianos en las sociedades desarrolladas.

En reconocimiento del carácter ambivalente de estos lugares, también se destacan sus aspectos positivos. Las comunidades de retiro les permiten revivir la nostalgia de “la comunidad” y la huida de los excesos de la modernidad (Blaikie, 1999:160-163), donde acaba creándose una subcultura de apoyo y un entorno a salvo de las hostilidades sociales. Biggs et al. (2000) consideran que estos espacios posibilitan narrativas colectivas positivas y, por lo tanto, bienestar, una identidad social estable, y sentido de pertenencia. Al menos temporalmente, hasta que la discapacidad les va alejando de estos relatos compartidos.

Mientras que en Estados Unidos estos enclaves están previamente diseñados para ser una comunidad de retiro, en otros lugares como en las urbanizaciones españolas, las comunidades se crean y recrean como consecuencia del flujo de retirados a los destinos y las estrategias de comercialización. Según Longino (1982:239), estas últimas comunidades de retiro *de facto* se distinguen de las anteriores porque si bien no se han planeado con ese fin, van emergiendo como tales por el hecho de que atraen a gente mayor, que compone la mayor parte de la población del enclave, y van desarrollando servicios enfocados a su perfil.

### *Migraciones, relaciones familiares, cuidados y apoyo social*

En los estudios sobre migraciones se han introducido nuevos enfoques a partir de las intersecciones entre los estudios sobre familias y gerontología, o los trabajos sobre transnacionalismo referidos al estudio de las relaciones familiares y el apoyo (Bryceson and Vuorela, 2002; Baldassar et al. 2007). En este sentido, las familias transnacionales se han considerado ejemplo de cómo desde la distancia se reformulan redes, roles y prácticas. Los medios de comunicación y de transporte actuales permiten que el espacio en el que se piensa la familia y las relaciones entre sus miembros pueda continuar sin proximidad física continua. Los itinerarios de movilidad de padres/madres, hijos/as y nietos/as entre dos o más países, a menudo guarda relación con la reciprocidad intergeneracional en *los cuidados*, tanto a nivel práctico, personal, financiero como emocional y de apoyo.

La importancia de la proximidad geográfica para el mantenimiento de los sistemas de apoyo familiar, ha sido una de las cuestiones importantes tomadas en consideración, aunque no un prerrequisito, para mantener lazos familiares estrechos



(Bengston et al. 1996). De hecho, uno de los modelos de relaciones familiares actuales es el de “intimidad a distancia” (*intimacy at distance*) y la noción del “*distant thinking*” (Mason, 1999), que refieren a la consideración de que la distancia no es impedimento para el funcionamiento de las relaciones familiares. Lo que sí se reconoce es que la cantidad y calidad de las interacciones puede variar en relación a ella porque, evidentemente, algunas actividades y tareas de apoyo no se pueden realizar si no hay proximidad. Por ello, desde estas premisas se ha criticado a aquellas perspectivas que mantienen la asunción de que para la atención es necesaria la proximidad (Baldassar, 2007).

Desde los estudios sobre familias y cuidados transnacionales se afirma que las identidades familiares y las relaciones de parentesco pueden mantenerse a través del tiempo y la distancia, y no están necesaria o completamente determinadas por lugares concretos o límites nacionales. En los análisis sobre redes de parentesco y relaciones familiares se señalan factores *micro*, *meso* y *macro* que juegan un papel relevante en las vidas de los migrantes transnacionales. Los *macro* corresponderían a las respuestas estatales hacia la migración y su integración, las políticas sobre asentamiento, las infraestructuras para viajar y las telecomunicaciones, así como las relaciones internacionales entre el país de destino y el de origen. Los *meso* harían alusión a las redes de co-nacionales, las trayectorias de asentamiento, y los contextos y servicios comunitarios. Por último, los *micro* guardan relación con las historias familiares y los cursos vitales, particularmente en lo que respecta a las expectativas culturales y los roles sociales que conforman las relaciones de parentesco y que, a menudo, se quiebran ante la distancia y la ausencia (Baldassar, 2007:278).

Cora V. Baldock (2000), en su estudio sobre migrantes transnacionales y las relaciones con sus padres mayores en origen, afirma que estos migrantes contribuyen al cuidado de sus padres a través de cartas, llamadas telefónicas y visitas; actividades que no han sido reconocidas en la literatura sobre el cuidado de personas mayores. En su definición de cuidados incorpora tanto las prácticas y emociones (*caring about*), ilustradas en la frecuencia del contacto, el sentido de pérdida ante la distancia y la importancia de las visita; así como las prácticas y emociones (*caring for*) que se derivan de la participación en la toma de decisiones sobre cuestiones de salud y bienestar y el cuidado físico (“*hands-on*”) durante las visitas. Baldassar y colaboradores (2007), en su trabajo sobre familias y cuidados entre fronteras, muestran de qué forma el sentido de obligación influencia otras dimensiones referentes al cómo, por qué y hasta qué punto las personas tienen que cuidar; así como a quién tienen que cuidar, cómo interpretan su movilidad y la distancia, y la manera en que movilizan recursos. El sentido de obligación tiene un gran impacto en la práctica transnacional de los cuidados, dado que

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

está enraizada en modelos culturales de relaciones intergeneracionales y de género que, según contextos, se constituyen de unos valores, responsabilidades y expectativas distintas.

Las políticas y los servicios sociales también se elaboran teniendo en cuenta una concepción determinada de la familia y de la comunidad. Hay sistemas más individualmente orientados en los cuales los cuidados son mayormente organizados desde el Estado, mientras que hay otros sistemas que están más focalizados en la familia. María Teresa Bazo (1998:150) afirma que desde una perspectiva internacional se da una relación entre la utilización de fuentes de cuidado formal e informal; donde a mayor desarrollo de las funciones protectoras del Estado, menor (y distinta) aportación familiar, y viceversa. Desde el *familismo* se asume que la familia es el lugar idóneo para el cuidado de las personas ancianas enfermas, y que las mujeres son los familiares más apropiados para asumir esta tarea (Bazo, 1998:149). En España, al igual que en Grecia, Italia y Portugal, el rasgo estructurante del sistema de bienestar español es el papel desarrollado por la familia y su interpenetración en todas las áreas del desarrollo de las políticas sociales. El funcionamiento de los sistemas de bienestar de la Europa del sur se distingue por el modo de interacción de la familia con el Estado y los poderes públicos, por un lado; y las instituciones de la sociedad civil, por otro. En ellos se da una fuerte microsolidaridad en el seno de las familias, por lo que, tradicionalmente, los gobiernos de los países mediterráneos han dado por descontada la autosuficiencia de los hogares en lo relativo a cuidados personales y apoyo material. Todo ello ha reforzado un modelo basado en la sobreexplotación de los recursos familiares y, en los últimos tiempos, de aquellos proporcionados por las “supermujeres” (Moreno, 2006:2).

En relación a la generización de *los cuidados*, las aportaciones feministas han sido decisivas para la visibilización de la inequidad que supone la división sexual del trabajo, en general; y en lo que concierne al cuidado de los otros, en particular. En el actual contexto de mercado y de demanda de mano de obra femenina como en el que nos encontramos, la lógica generizada del cuidado entra además en colisión con la lógica del beneficio, en una tensión que las mujeres viven en su propio cuerpo como una doble presencia-ausencia (Izquierdo, 1998). Para deconstruir la naturalización de las mujeres en la responsabilidad de *los cuidados*, ha sido necesario desenmascarar las bases que sostienen el sistema capitalista y su lógica de los costes.

La familia sigue siendo la principal institución suministradora de asistencia que atiende las situaciones de dependencia de sus componentes, y asume su mantenimiento y protección: gestación, crianza, salud, manutención, vestido, alojamiento, educación, transmisión de valores (Comas D’Argemir, 2000:190-191). Por

consiguiente, *los cuidados* no han sido interpretados desde el coste social o individual. Sólo cuando las mujeres han salido al mercado laboral y han tenido que demandar más servicios de mercado, han comenzado a ser percibidos como coste (Carrasco, 2003:36). De esta situación se deriva “una distribución desigual y discriminatoria de los recursos materiales y económicos, así como de los tiempos entre hombres y mujeres” (Esteban 2003:6).

La crítica feminista ha sido imprescindible para mostrar el carácter generizado y naturalizado de la asignación de la responsabilidad de cuidar en las mujeres. Sin embargo, el interés de los feminismos en general hacia las personas mayores y hacia las relaciones de género que se dan en la vejez, ha sido considerado escaso y desenfocado. La asunción de que las relaciones de género son estáticas a lo largo del curso vital explicaría, entre otras cosas, la escasez de investigación sobre el tema (Arber y Ginn, 1995). Aparte de las implicaciones genéricas o intergeneracionales en *los cuidados*, que han sido los temas más abordados, también está el apoyo mutuo de la pareja. Rose and Bruce (1995) resaltan que han encontrado un mayor índice de cuidados entre parejas de edad en los estadios previos a la intensificación de la necesidad. Según los autores, esto es debido a que las divisiones por razón de género en las actividades de atención que han funcionado anteriormente, se vuelven menos rígidas, dándose así una redefinición de roles. En el abordaje de *los cuidados* desde los estudios de género tampoco se han corregido los sesgos de adultocentrismo. En este caso las críticas han venido por otorgar pasividad a las personas mayores, presentándolas de manera parcial como aquellas que sólo reciben atención (Ibíd.).

## 2.5. Tráfico de influencias

Una gran parte de los estudios sobre migraciones realizados en el contexto español han situado sus análisis en los factores económicos que las propician. Esto ha llevado a que se fije principalmente la atención en las migraciones relacionadas con la vida laboral de las personas. Este enfoque ha dejado fuera a otros actores sociales en los márgenes de la edad adulta y de la vida laboral. Este sesgo en el estudio de las migraciones se ha manifestado también en los acercamientos al binomio inmigración y salud. En ellos se han priorizado perfiles concretos de inmigrantes y expresiones determinadas de la salud y la enfermedad en los que se señala, de modo reduccionista, quién se considera sujeto cultural y cómo se expresa la cultura en el ámbito de la salud. De este modo, enfoques de salud que pretendían atender a la diversidad cultural, se han dirigido hacia la población migrante desde la idea de los repertorios culturales, con lo cual hay aspectos que no han sido suficientemente tenidos en cuenta. Estos perfiles han ido estrechando las múltiples dimensiones y expresiones de la cultura, de los

## Capítulo 2. Revisión de las aproximaciones teóricas y metodológicas

cursos migratorios, así como del proceso de salud/enfermedad/atención, escapando su presencia a la atención social y quedando fuera de la implementación de recursos y políticas. La inmigración de personas jubiladas a las costas españolas es uno de los flujos migratorios que ha quedado al margen de los análisis sobre salud e inmigración.

El fenómeno de la inmigración de retiro es un campo de observación privilegiada para el estudio del proceso migratorio, del envejecimiento y de *los cuidados*, sin embargo los referentes de estudio cercanos al planteamiento de esta investigación han tenido que armarse en una especie de bricolaje de diversas disciplinas, enfoques y metodologías, como consecuencia de la escasez de estudios específicos y la dificultad para la identificación de los mismos. La migración de retiro, como desplazamiento, no ha sido considerada en el corpus de estudios sobre migraciones; como fenómeno etnografiable, no ha despertado el interés de la Antropología; y como proceso social susceptible de ser abordado desde un enfoque de salud, no ha recibido gran atención. Todas estas afirmaciones tienen sus excepciones, pero reflejan las dificultades para precisar un fenómeno social tan poliédrico, inaprensible e impredecible, así como las dificultades de algunas ciencias sociales para sustraerse a determinados -ismos, como el adultocentrismo.

La atención procurada a las migraciones en edades previas o posteriores a la adultez es escasa, lo que podría deberse a que tanto su incidencia como su impacto son menores. Sin embargo, es significativo que los estudios realizados sobre personas mayores no aparezcan en las revisiones de la literatura sobre migraciones (Walters, 2002). Como decíamos, es un fenómeno social que ha despertado poco interés en la Antropología, sea desde su abundante producción sobre migraciones o desde la escuálida producción antropológica referida al envejecimiento. Por último, las migraciones de retiro en Europa se han convertido en un campo de estudio que en los últimos años ha experimentado un notable desarrollo. Se ha indagado las causas de estas migraciones, los factores estructurales y los impactos, pero todavía quedan muchos interrogantes socioculturales sobre las condiciones en la que éstas son posibles y los elementos que las alientan. En este sentido, los procesos de salud/enfermedad/atención pueden aportar un modelo explicativo alternativo al estudio del tema si tenemos en consideración que tanto la salud, la enfermedad como su atención, aparecen como elementos fundamentales en todas las etapas y contextos del movimiento migratorio de retiro y en las distintas escalas en las que se despliega. El tráfico de influencias teóricas realizado pretende, justamente, vincular conocimientos para lograr una mejor comprensión de los procesos que intervienen en la migración internacional de retiro, a pesar de que todavía quedan muchos temas por abordar, muchos enfoques por utilizar y muchas teorías por articular.



### 3. Objetivos, hipótesis y metodología

La migración de retiro es un campo de observación privilegiado para el estudio de las conexiones entre los procesos de envejecimiento, migración y salud. Una intersección en la que cristalizan gran parte de las características que definen este desplazamiento y que, a su vez, delimita algunas de las problemáticas en los lugares de destino. A ello cabe añadir que el encuentro de contextos culturales distintos que comporta la movilidad internacional de jubiladas y jubilados, nos permite observar y analizar el contraste entre prácticas, discursos e imágenes en torno a los procesos anteriores.

El objetivo de esta investigación es profundizar en la comprensión del fenómeno migratorio de retiro hacia España desde una dimensión social y cultural de la salud. En él atenderemos, preferentemente, a las motivaciones del desplazamiento, a las experiencias que comporta, así como a la gestión sociosanitaria de su presencia en destino. El objeto de estudio se centra en la reestructuración de identidades y prácticas sociales que esta movilidad conlleva y que implica redefiniciones de la salud, del envejecimiento y de los modelos de apoyo social y *cuidados*. Por lo que más que centrarse en un grupo o en un área, nuestro interés se centra en las categorías de experiencia, eminentemente corporales, por las que esta migración adquiere sentido. Abordaremos estos procesos de forma multidimensional e interconectada atendiendo tanto a las estructuras, a las relaciones, como a las vivencias. Se trata de una investigación parcial y contingente cuya pretensión no es tanto la representatividad, como mostrar una serie de elementos que colaboren en componer una cartografía más completa y compleja de los movimientos de retiro y de las relaciones con la sociedad de destino. Y con ello, contribuir a un refinamiento del concepto de diversidad cultural y a la elaboración de un marco para el análisis de la migración de retiro.

El proceso de investigación se orienta, básicamente, a la obtención de datos desde los que se formulan las interpretaciones que dan sentido al nudo sociocultural planteado. Por lo que en el presente capítulo explicitaremos desde dónde parte la investigación, los términos en los que se ha llevado a cabo, así como los elementos intersubjetivos que toda etnografía conlleva. Vamos a comenzar con la recapitulación de los referentes teóricos y conceptuales que guían nuestros intereses para, seguidamente, dar cuenta de los objetivos perseguidos y las hipótesis formuladas. A continuación, se expondrán los distintos componentes que conforman el diseño de la investigación, para terminar con unos apuntes epistemológicos y metodológicos que colaboren en aportar más datos y en situar mejor los resultados.

### **3.1. Referentes teóricos y conceptuales**

La ausencia de elaboraciones teóricas sobre la inmigración de retiro, en concreto en sus conexiones con los procesos de salud/enfermedad/atención, es lo que ha llevado a que el marco teórico se haya conformado desde distintas perspectivas analíticas. En el capítulo anterior hemos señalado los ejes temáticos y modelos de análisis de los que nos vamos a servir para interpretar los datos. Por lo que en este punto vamos a hacer una síntesis de los enfoques teóricos principales que definen nuestra posición investigadora, los campos de estudio de los que se nutre, así como una concreción de las herramientas conceptuales aplicadas.

Los principales enfoques utilizados son el de la Antropología de la medicina, los *Ageing Studies*, la perspectiva feminista y la teoría social del cuerpo; complementados con conceptos y hallazgos derivados de la Gerontología crítica, y los estudios sobre migraciones y sobre turismo, entre otros campos.

Los ámbitos temáticos sobre los que se asienta la investigación refieren a:

- *Inmigración*: en este caso un tipo de migración de aspiracional (Oliver, 2007), entendida como marco de significados, como escenario de flujos transnacionales de ideas, bienes y personas. Teniendo presente que en el caso de las personas mayores, la decisión de emigrar no está basada principalmente en factores económicos sino en motivaciones sociales y de salud, complejas e interrelacionadas que varían según inmigrantes (Bryant y ElAttar, 1984). Una movilidad cuyas características influyen de manera particular en el acceso de recursos de atención a la salud y en las relaciones con el sector salud de destino.

- *Envejecimiento*: a partir de la consideración del mismo como un proceso cultural, enfatizando la creación de modelos identitarios y de participación social que conlleva, y desde donde los actores sociales reconducen sus itinerarios migratorios y vitales confrontando el estigma de la vejez (Gilleard and Higgs, 2000). Una perspectiva desde la que contrarrestar los enfoques que han perpetuado una visión negativa del envejecimiento y de la tercera edad.
- *Cuidados*<sup>79</sup> y *apoyo social*: desde un acercamiento al trinomio de autonomía-dependencia-interdependencia (Forbat, 2005), prestando atención a las formas que adquiere en la migración de retiro, y a sus mutuas interacciones. Es decir, no sólo considerando las necesidades de *cuidados* de la población de estudio, sino resaltando su papel de proveedores y artífices de estrategias y dispositivos asistenciales. También destacaremos los patrones de cuidados transnacionales y deslocalizados que los procesos migratorios han traído consigo.

Estos ejes temáticos son analizados con una perspectiva en la que priorizamos el estudio de:

- *Procesos de salud/enfermedad/atención*: entendidos como aquel “conjunto de representaciones y prácticas culturalmente estructuradas de las que cualquier sociedad se dota para responder a las crisis derivadas de la enfermedad y la muerte, donde también se incorporan los procesos de atención” (Menéndez, 1978:12). En nuestro caso analizaremos estos procesos en los distintos niveles en los que se manifiestan y en las relaciones que se establecen, tanto a escala micro, en su concreción individual; como a escala macro, en el ámbito sociopolítico.
- *Itinerarios corporales*: desde su consideración como “procesos vitales individuales pero que nos remiten siempre a un colectivo, que ocurren dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales” (Esteban, 2004:54). No utilizaremos los itinerarios corporales como metodología de estudio, sino como guía de orientación para un análisis de/desde la corporalidad. Nos fijaremos, particularmente, en el envejecimiento y en las vivencias en torno a sus transformaciones, así como en las resistencias y contestaciones corporales a los modelos negativos de la vejez.

---

<sup>79</sup> *Los cuidados (care y caring)* son una categoría relacional que comprende diferentes actividades tanto instrumentales como lazos emocionales, cuya diversidad e implicaciones relacionales hacen compleja la posibilidad de acotar con un simple concepto sus múltiples dimensiones. Además, el término cuidados tiene un carácter absolutamente performativo en la medida que sirve para ordenar y construir los espacios sociales y las relaciones de género, y divide conceptual y prácticamente el trabajo. Por todas estas razones estamos utilizaremos el término en cursiva.



- *Relaciones intergeneracionales*: atenderemos a los intercambios, conflictos, transiciones y transacciones, tanto de carácter instrumental como afectivas, que se producen entre distintas generaciones, cohortes o grupos de edad (Bazo, 2002). Con el objetivo de obtener una visión más panorámica e interconectada de sus implicaciones, mostraremos la vinculación de la esfera familiar, social y política.
- *Relaciones de género*: observaremos la construcción social que subyace a las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en términos relacionales (Esteban, 2007). En concreto, en relación a los cambios y permanencias en la provisión de *los cuidados* en un sistema de género desigual, en el que la responsabilización sobre el bienestar y la atención de las personas dependientes en particular, y del conjunto familiar, en general queda asignada a las mujeres (Izquierdo, 2003). Veremos cómo este eje se entrecruza con la edad y qué elementos se derivan de ello.

### *Migraciones, derivas y nominaciones*

La migración de retiro es un tipo de movilidad que encaja en muchas de las definiciones que sobre migración existen, pero que no suele aparecer en las tipologías desarrolladas. De ahí que si bien muchas teorías no pueden ser aplicadas a las migraciones de retiro porque se han centrado en análisis de mercados de trabajo, hay otros componentes, teorías y mecanismos que sí pueden ser aplicados para su mejor entendimiento (Rodríguez et al. 2005:17). Así, teorías como la de los factores *push/pull*,<sup>80</sup> sobre las redes migratorias<sup>81</sup> y sociales,<sup>82</sup> o el transnacionalismo, pueden aportar una mejor comprensión del fenómeno y una complejización de las mismas, dado que son contempladas desde otros supuestos empíricos para los que fueron pensadas.

Las elaboraciones anteriores corresponden a otros perfiles migratorios y, además, el sentido social remite a otros orígenes, etnias, edades y clases. Por ello cabe el cuestionamiento de si procede nombrar a esta población como inmigrante o no. Nuestra utilización del término *inmigrantes* para referirnos a la población jubilada noreuropea, se corresponde con la aplicación de la definición demográfica de la migración como: “El desplazamiento de una persona o conjunto de personas desde su

---

<sup>80</sup> Ha sido el modelo clásico y de mayor impacto sobre la comunidad científica para el análisis de los movimientos migratorios. Se basa en la ecuación de factores de empuje (*push*) asociados al lugar de origen, y de atracción (*pull*) asociados al posible lugar de destino, que animan la decisión de emigrar o permanecer. Es una teoría concebida desde el individualismo y el racionalismo, por ello sus críticas se han centrado en resaltar su ahistoricidad y la no consideración del contexto social y político en el que los procesos migratorios tienen lugar (Blanco, 2000:63-64).

<sup>81</sup> También llamadas cadenas migratorias aluden a la conexión entre los inmigrantes de un determinado origen. Los pioneros atraen y ayudan a que otros migren, éstos a otros y así sucesivamente (Giménez, 2003:171).

<sup>82</sup> La teoría de las redes sociales divulgada por Massey et al. (1993; en Blanco, 2000) enfatiza el papel de las redes sociales en origen y en destino para permanecer o para retornar.

lugar habitual de residencia a otro, para permanecer en él más o menos tiempo, con la intención de satisfacer alguna necesidad o conseguir una determinada mejora” (Giménez, 2003:20). Conscientes de que la palabra *inmigración* alude a otros significados sociales, con el uso del término *inmigrante* no tratamos de desarticular una lucha de clases, de borrar las condiciones de vida, ni de colaborar en la identificación peyorativa o estigmatizadora de otro grupo social. Hemos considerado conveniente utilizarla en este contexto por cuatro razones. En primer lugar, porque ya existe una nomenclatura que lo hace al designar esta movilidad como *Migración Internacional de Retiro*. La segunda razón se funda en la intención de desarticular las representaciones sociales hegemónicas por las cuales las categorías dejan de cuestionarse, y se construyen sobre esencialismos y falsas dicotomías que disfrazan la variedad de lo que acontece. En tercer lugar, porque su utilización en otro perfil poblacional puede neutralizar el estigma asociado a la palabra inmigrante, y visibilizar la migración como una estrategia de movilidad mucho más común y de manifestaciones muy diversas. Y finalmente, porque consideramos que ayuda a abordar de manera más compleja y aglutinadora los efectos que los movimientos de población tienen en los entornos locales en general, y concretamente en los dispositivos sanitarios.

Con ello nos sumamos a las observaciones críticas hacia el estudio de las migraciones, comentadas en el capítulo anterior, en tanto que su identificación como proceso social está encorsetado en unos modelos específicos que remiten a unos orígenes y a unos cuerpos determinados. Unos referentes estáticos que nos limitan un panorama mucho más diverso y el análisis de otras realidades sociales. Por ello, se hace necesario un esfuerzo por reconocer los propios escenarios sociales de la inmigración (Fernández-Rufete y Rico, 2005:269); así como una mayor amplitud en la consideración de los factores culturales que intervienen en la atención de la salud y la enfermedad, de modo que no queden reducidos a etiquetas migratorias y a sus concreciones étnicas (Comelles, 2004; Uribe, 2007).

#### *Los factores sociales y culturales de la salud, la enfermedad y su atención*

Las lecturas de la migración de retiro y los distintos procesos que intervienen, van a ser interpretados desde el enfoque de la Antropología de la medicina, una especialidad de la Antropología cuyas aportaciones han sido fundamentales para indagar en las relaciones entre biología, cultura y sociedad. Su producción teórica ha tratado de explorar la enfermedad y el cuerpo desde sus representaciones culturales y prácticas sociales, revalorizar los saberes populares y las prácticas de autocuidado, así como analizar las políticas sanitarias desde la consideración de la diversidad social y cultural de la salud, la enfermedad y la atención, entre otros aspectos (Comelles y Martínez,

1993). Como afirma Ángel Martínez, el planteamiento antropológico tiene un enfoque divergente al del modelo biomédico de las enfermedades,<sup>83</sup> en tanto que trata de “ampliar holísticamente el campo de focalización hacia la biografía, las relaciones sociales, las representaciones culturales y los procesos de economía política” (2007:26). Una perspectiva crítica y constructivista donde las categorías biomédicas son vistas como productos de la vida social, y desde una visión multidimensional de la salud, la enfermedad y su atención como hechos sociales, culturales, y político-económicos.

Partimos de la perspectiva de la Antropología médica, no porque ésta sea la única desde la que observar el fenómeno migratorio de retiro, sino por su relevancia y su potencial para la comprensión del mismo. La diversidad social y cultural subyace en los modelos explicativos del cuerpo y la salud, así como en la influencia de los lugares y la familia en ellos. El proceso de salud/enfermedad/atención va a ser observado desde sus manifestaciones a distintos niveles, y desde los modelos culturales bajo los que se entiende y se actúa. Se va a combinar tanto la perspectiva político-económica como la cognitivo-simbólica, por sus posibilidades para conectar los procesos sociales con las dimensiones micro y macro. La perspectiva ecológica también será considerada por la importancia del entorno y el proceso dinámico de adaptación a él. En suma, nos centraremos en las interacciones entre factores biológicos, ambientales y sociales que influyen en salud y enfermedad tanto individualmente, como a nivel comunitario y del entorno de destino.

Algunas de las herramientas teóricas de este enfoque que serán de utilidad para el análisis, son las derivadas del trabajo de Josep M. Comelles (1985, 1994, 1997) sobre los procesos asistenciales. El autor define la asistencia desde su plano ideológico y el de la praxis relativa a la salud y a la enfermedad, destacando este último. El nivel ideológico está formado por representaciones, valores y actitudes propios de los sectores sociales implicados en los mismos, en los cuales podemos encontrar desde legitimaciones corporativas hasta modos de organización institucional. El plano de las “praxis” refiere a la gestión propiamente dicha de los procesos aludidos, es decir, al conjunto de comportamientos, actuaciones, tomas de decisión y técnicas destinadas a la utilización de esos marcos institucionales dentro de los límites que marca la compatibilidad ideológica. Del concepto de asistencia parten las siguientes nociones operativas desarrolladas por Comelles (Ibíd.) y que son de gran utilidad para el análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención en la inmigración de retiro:

---

<sup>83</sup> El modelo médico hegemónico se caracteriza por su “biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática” (Comelles y Martínez, 1993:87).

- *Proceso asistencial*: proceso de movilización social que se desencadena ante una crisis personal y colectiva. Se compone de criterios de clasificación diagnóstica, de procesos colectivos de toma de decisiones o de prácticas de cuidado y uso jerarquizado de los recursos institucionales disponibles. Incluye desde el autocuidado hasta la consulta a legos o a profesionales de un sistema médico. Es un itinerario culturalmente pautado de una persona reconocida como asistible que parte de un complejo asistencial determinado.
- *Complejo asistencial*: representa la incorporación del individuo y del grupo de los recursos disponibles. Constituye el ámbito de referencia en el que se piensa, se representa simbólicamente, y en el que los actores sociales despliegan sus decisiones. Está compuesto por la percepción del valor de los recursos en relación con la disponibilidad de los mismos, y se basa en la experiencia colectiva en relación a ellos. Por lo que en él operan representaciones sociales y culturales así como transacciones entre grupos.
- *Dispositivos asistenciales*: entendidos como la oferta existente basada en especialistas o instituciones formales y sus connotaciones simbólicas.

Estas categorías sirven para analizar la atención formal a la salud dentro de los marcos institucionales, pero también las prácticas de *autoatención* y *autocuidado*. El término autocuidado se utiliza para denotar las prácticas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, generalmente cotidianas, y que se suelen centrar en los individuos o en el grupo doméstico. Mientras que la autoatención remite a las prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento que tienden a activar respuestas colectivas y que, por lo tanto, sirven para ubicar las relaciones en que se inscriben estas prácticas, que abarcan tanto el grupo doméstico como las redes sociales (Haro, 2000:114). En la definición de Eduardo Menéndez, la *autoatención* alude a: “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención” (2005:54). Relacionadas con esta última dimensión, podemos encontrar las prácticas de apoyo, entendidas como las acciones derivadas de la ayuda mutua que, por regla general, consisten en el intercambio de recursos (bienes, servicios, información) dentro de una lógica basada en la reciprocidad, y que implica la exclusión de la mediación del dinero, es decir, del mercado (Contreras y Narotzky, 1997).

Por lo que respecta a la valoración del acceso a los servicios de salud, tendremos en cuenta la perspectiva del *equal access for equal needs* en la que se atiende

a los : a) los costes del servicio, del desplazamiento y/o del tiempo necesario; b) la disponibilidad del servicio; c) la información que los grupos tienen; y d) la calidad del servicio prestado en función del grupo al que se pertenezca (Goddard y Smith, 2001; en Meñaca, 2007:74). En este sentido, cabe señalar la necesidad de un análisis interseccional<sup>84</sup> de las desigualdades desde donde observar que no sólo el origen de las personas, su clase, género o etnia marca su posición en la sociedad de recepción; sino también la edad, variable de gran trascendencia en este tipo migratorio. Teóricas de la interseccionalidad como Mieke Verloo (2006) argumentan que la adopción de un enfoque más interseccional hacia las desigualdades puede promover el desarrollo de políticas públicas más inclusivas y atentas a la diversidad.

### *Dimensiones culturales y generizadas de los cuidados*

El análisis desde la perspectiva migratoria de una categoría tan vaga y compleja como son *los cuidados*, puede ayudar a desentrañar algunos de sus significados y prácticas, así como a evidenciar su carácter tanto contextual como situacional. El proceso migratorio implica para los sujetos sociales un cambio en el espacio físico y sociocultural que va seguido de un proceso de adaptación a un nuevo contexto social, así como la transformación del mismo. Este carácter dinámico e interactivo de los procesos sociales es fundamental, pues también cambian los espacios sociales de origen y de acogida, a su vez dinámicos y cambiantes, que van poniéndose en relación y discusión con los procesos migratorios. Estas interacciones y confluencias nos van mostrando la diversidad cultural en los cuidados, y en la consideración de qué personas y en qué circunstancias éstas requieren asistencia (Comas D'Argemir, 2000:190). Vamos a utilizar el enfoque antropológico y feminista para el análisis de *los cuidados* por su carácter interdisciplinar, desnaturalizador, no dualista y crítico con los esquemas científicos occidentales para el estudio de la salud. (Esteban, 2006:60).

Uno de los principales problemas conceptuales para definir *los cuidados* es su interrelación con el concepto de salud y su solapamiento con otros términos como el de atención o apoyo. Por otro lado, su dimensión cultural y situacional hace que lo que en un contexto o en un grupo puede ser considerado como deseable, en otro puede ser interpretado como ofensivo (Nolan et al. 1995:257). Para intentar clarificar este concepto, se ha hecho un esfuerzo en construir tipologías desde una perspectiva cultural y relacional que den cuenta de los significados que se le atribuyen. Una muestra de este interés es el trabajo elaborado por Barbara J. Bowers (1987), que

---

<sup>84</sup> El concepto de interseccionalidad fue introducido por Kimberlé Williams Crenshaw como forma de escapar de las políticas identitarias, para “denotar las diversas formas en las que la raza y el género interactúan para dar forma a las dimensiones múltiples de las experiencias laborales de las mujeres negras (Crenshaw 1989:139).

formuló cinco tipos de cuidados distintos: anticipatorio, preventivo, de supervisión, instrumental, y protector o de preservación. Esta autora considera que en el acto de cuidar es necesario distinguir más su dimensión como propósito que como tarea. Más tarde Mike Nolan y colaboradores (1995), llevaron a cabo una revisión del modelo anterior en el que proponían un mayor énfasis en el proceso recíproco de negociación que *los cuidados* suponen, y en su redefinición de identidades y significados. Las aportaciones de estos autores son fundamentales para reconocer los distintos cambios y continuidades que conforman las relaciones familiares y sociales de apoyo y atención, en un contexto migratorio.

Al referirme al término *cuidados* lo voy a hacer en un sentido amplio pero destacando su condición generizada. Considerando que “el apoyo y el cuidado consisten en todo un conjunto de actividades dirigidas a proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas (...) Se trata de actividades diversas y desiguales, que pueden ejercerse continuada o esporádicamente, en función del ciclo vital de las personas, o de las coyunturas críticas que puedan aparecer” (Comas D’Argemir, 2000:188). Existe una diferenciación operativa entre cuidados profesionales y cuidados profanos<sup>85</sup> o domésticos, pero ambos se sustentan principalmente sobre las familias y sus mujeres, que han de responder a los mandatos culturales de cuidar y atender.

Vamos a prestar especial atención a los cuidados como responsabilidad social generizada que, sin embargo, no está bien visibilizada y reconocida socialmente y que tiene consecuencias en el ámbito doméstico, social como político. Una situación que Mari Luz Esteban (2006:50) explica a partir de tres factores fundamentales que extrae del trabajo de Comas D’Argemir (2000). En primer lugar por el hecho de que la familia es la principal institución donde se llevan a cabo, razón por la cual quedan asociados a “lo privado”. En segundo lugar por su difícil catalogación como trabajo, teniendo en cuenta su componente afectivo y elevado contenido moral, por lo que no se reconocen como actividades que implican saberes y que llevan un coste de tiempo y dedicación. Por último, su naturalización lleva a pensar que las mujeres, por el hecho de serlo, poseen esos saberes y habilidades. En consecuencia, su origen en la división sexual del trabajo dentro de un determinado sistema de género,<sup>86</sup> queda oculto.

---

<sup>85</sup> Los *cuidados profanos* (*lay care*) abarcan una amplia gama de actividades que van desde el cuidado de nosotros mismos, la activación de redes familiares y sociales y, en ciertos casos, y la de grupos organizados que a partir de la autogestión construyen sus propios dispositivos de atención sanitaria y de protección social independientemente de los sectores médicos profesionales (Haro, 2000:101). El término cuidados “profanos” ha recibido críticas porque induce a separar y jerarquizar a los profesionales (trabajadores sociales, sanitarios, psicólogos, etc.) y a los supuestos profanos (mujeres, asociaciones, redes sociales...), de forma que sólo se tienen en cuenta los conocimientos y técnicas de los primeros y no se reconocen los de los segundos (Canals, 2002; Plataforma por un Sistema Público Vasco de Atención a la Dependencia, 2006; Castro y colaboradoras, 2008).

<sup>86</sup> El sistema de género es “donde el género se articula (actúa conjuntamente) con otros factores de

### *Teoría social del cuerpo*

El enfoque de la teoría social del cuerpo supone un giro metodológico y analítico que permite “descifrar e interpretar en toda su complejidad las distintas modalidades de la actividad humana en sus prácticas corporales” (Ferrándiz, 2004:22). Siguiendo la revisión de Esteban (2004) del estudio del cuerpo en las ciencias sociales, podemos observar cómo el cuerpo va a ir adquiriendo centralidad en los desarrollos teóricos desde una nueva postura epistemológica, entendido como nudo de estructura y acción centro de la reflexión social y antropológica. Desde este enfoque las prácticas corporales se interpretan como prácticas sociales y el cuerpo como espacio privilegiado para entender el espacio social. Unos desarrollos consonantes con la coyuntura social e histórica, pues como afirma Bryan S. Turner, uno de los autores de referencia en el desarrollo de la teoría social del cuerpo, el aumento de la actividad política y cultural sobre el cuerpo hace útil pensar en las sociedades modernas como somáticas (1992; en Ferrándiz, 2004:21). Entre las aportaciones realizadas desde este enfoque nos interesa el trabajo de Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1987) en su desarrollo de la categoría del cuerpo como agente consciente (*mindful body*). En él distinguen tres niveles de análisis corporales desde los que exponen las distintas dimensiones individual, social y política de la experiencia. Una categoría que nos permite reconocer la confluencia de lo social, emocional, y político en los procesos corporales y de salud.

Esta estrategia analítica nos va a proporcionar una perspectiva con la que superar las limitaciones de los esquemas duales y de los análisis únicamente estructurales o simbólicos. La consideración del cuerpo como un agente consciente, base de la subjetividad humana y capaz de producir realidades materiales y sociales (Ferrándiz, 2004:23), nos va a permitir ver cómo los diversos factores históricos, culturales, sociales, políticos y económicos condicionan, infiltran y modulan su movilidad, sus trayectorias, sus destinos, sus actividades y sus expectativas. En el análisis de la edad se atenderá a las prácticas sociales como prácticas corporales, desde la consideración del cuerpo como espacio privilegiado para entender las dinámicas sociales, los cambios y las permanencias.

---

estratificación social, como la clase social, la etnia/cultura, la edad, la práctica sexual, etc.” (Esteban, 2007:71). En él destacan las relaciones de poder, las relaciones de producción o división del trabajo, y la organización de la sexualidad y las emociones (Ibíd.).

En referencia a las mujeres, Esteban (2004) propone análisis alternativos en los que se trasciendan las lecturas victimizadoras de su experiencia y su conversión en seres pasivos. Siguiendo su propuesta atenderemos los procesos de agencia<sup>87</sup> y las resistencias de los inmigrantes de retiro en relación a la vejez, el género y los cuidados, tratando de evitar las visiones de estatismo, inactividad y desconexión social desde las que las personas mayores son a menudo retratadas.

### 3.2. Objetivos e hipótesis

Como se ha mencionado en la introducción, la investigación se dividió en dos fases. La primera de carácter exploratorio, concluyó con la memoria de investigación. En ella se trató de indagar en las representaciones sociales que el personal sociosanitario tiene de la “otredad” inmigrada usuaria de los dispositivos asistenciales, y sus posibles efectos en el proceso de atención. La pretensión de este planteamiento era la de buscar un punto de fuga de los trabajos realizados sobre inmigración y salud, para volver sobre ellos desde una posición crítica. En primer lugar, desplazando el sujeto de estudio: de los que vienen a los de aquí; en concreto, de los que en un marco sanitario se atienden, a los que atienden. En segundo lugar, ampliando la consideración de inmigrantes a otros sujetos, habitualmente adjetivados como extranjeros, y que no suelen formar materia de los estudios sobre inmigración sino sobre turismo, y desde unos enfoques más asépticos. El escenario idóneo desde donde observar fue el servicio de urgencias del Hospital Mare Nostrum, al sur de la provincia de Alicante. Una zona que tiene la particularidad de ser destino de una población muy heterogénea.

Los objetivos correspondientes a esta primera fase fueron:

- Explorar los conceptos manejados en las ciencias sociales y las ciencias sanitarias en referencia a la inmigración para su deconstrucción, evaluación y valoración de su ajuste con la realidad.
- Conocer las condiciones sociohistóricas y los contextos sociales actuales de producción del fenómeno migratorio para comprender las diferentes posiciones y disposiciones del personal sociosanitario respecto del mismo.
- Constatar las diferentes dimensiones de la identidad colectiva que definen al “nosotros” frente a los “otros”, en el marco de la interacción que suponen los procesos de atención a la salud y enfermedad en el contexto de las migraciones.
- Determinar la repercusión que los discursos sobre la inmigración tienen en las representaciones sociales y en las prácticas del personal sociosanitario y del técnico- administrativo.
- Demostrar la emergencia de lo social como factor explicativo de los procesos

---

<sup>87</sup> Este término derivado del inglés *agency*, hace referencia a la acción social e individual dentro de la consideración de los sujetos como agentes sociales (Esteban, 2004).



de desigualdad estructural que operan en el espacio sociosanitario.

- Conocer las expectativas de los profesionales sanitarios y de los usuarios extranjeros en el proceso de atención sociosanitaria, valorando el ajuste entre la oferta y la demanda como estructura relacional entre el espacio social de la inmigración y el sistema médico hegemónico.
- Conocer los procesos de atención a la salud tanto en los dispositivos de origen como en los dispositivos de destino, los perfiles diferenciales y las similitudes al enfrentarse a la enfermedad y cuidar de su salud e interpretarlos considerando las condiciones de vida, las lógicas culturales y los procesos migratorios.
- Valorar si los dispositivos asistenciales adoptan actitudes y/o prácticas diferenciales entre los distintos extranjeros/as que atienden y en qué se fundan tales.
- Evaluar la accesibilidad de los inmigrantes a los servicios públicos de salud y el uso de los recursos ofertados.
- Conocer las representaciones de la enfermedad y los valores simbólicos y emocionales referentes a cada uno de los padecimientos por parte del personal sociosanitario y de los usuarios inmigrados.

No todos los objetivos fueron alcanzados debido a la brevedad del tiempo que supone un trabajo preliminar que corresponde a los créditos de investigación del doctorado, si bien este estudio me sirvió para guiar la mirada y, una vez en el campo, y despertar interrogantes.

La siguiente etapa de investigación ha sido más extensa y articula el eje principal de esta tesis. Ante la escasez de interés de las instituciones y de datos y estudios específicos, la investigación se orientó a un mayor conocimiento de los factores sociales y culturales de salud que intervienen en el movimiento migratorio de retiro. Un fenómeno mediatizado por unas dinámicas de movilidad particulares, una concentración poblacional en determinadas áreas locales, unas edades avanzadas, una condición extranjera, unas demandas de salud, y una organización de recursos para el bienestar específicos. El propósito era el de profundizar en las distintas dimensiones implicadas en la inmigración de retiro, en cuanto a las vivencias del envejecimiento, de la ayuda mutua y de *los cuidados*; así como en las respuestas que se generaban desde los dispositivos de salud.

Los objetivos principales de esta fase de la investigación pretendían ser una continuación de los anteriores, pero acotando de otro modo la realidad social a estudiar. Con un carácter tanto descriptivo, analítico e interpretativo, como una orientación de aplicabilidad, fueron estructurados a partir de los ámbitos temáticos de interés que siguen:

- a) Envejecimiento (*ageing*)
- Conocer a través de la inmigración de retiro qué procesos culturales, sociales y económicos producen la diversidad de vivencias del envejecimiento.
  - Analizar cómo se producen, contestan y negocian corporalmente las identidades sociales y los modelos de participación en las personas de edad.
  - Identificar la relación entre los modelos culturales sobre el envejecimiento y la familia y las decisiones migratorias de retiro.
  - Conocer los factores, razones, expectativas e imágenes asociadas a la decisión de migrar tras la jubilación a un determinado entorno.
- b) *Cuidados*, atención y apoyo social
- Analizar la influencia que la necesidad de cuidados y el apoyo social tiene en la construcción de la identidad etaria, en las relaciones de género, generacionales y familiares; así como en los contactos con el contexto de recepción.
  - Conocer las estrategias, relaciones y recursos que los/las inmigrantes de retiro activan en la búsqueda de apoyo social y cuidados en un contexto migratorio.
  - Analizar la atención a los inmigrantes de retiro en el ámbito de la salud desde su inscripción en unas condiciones políticas, económicas y sociohistóricas particulares.
  - Aportar criterios y herramientas que mejoren la intervención sociosanitaria en materia de atención a la diversidad social y cultural.

### *Hipótesis*

En correspondencia con los objetivos se definieron las siguientes hipótesis:

- a) El envejecimiento es un constructo sociocultural vinculado a unas condiciones históricas, sociales y culturales cambiantes, del que la inmigración de retiro es un ejemplo. En la inmigración de retiro se recrean estilos de vida que suponen experiencias corporales reflexivas de contestación a la asunción de modelos de envejecimiento de pasividad y dependencia, en donde el lugar de retiro se convierte en un espacio de reconstrucción identitaria a partir de la autotransformación y la reactualización de sus proyectos vitales.
- b) La vivencia de la autonomía es la principal aspiración en las/los inmigrantes de retiro, por lo tanto la posibilidad de la dependencia influye de manera decisiva en la construcción de la identidad de edad, en particular, en la consideración de la “entrada en la vejez”.
- c) La inmigración de retiro se considera legítima en función de unos modelos familiares y unas representaciones sociales sobre el envejecimiento en donde la autonomía juega un papel relevante. Los cuidados y el apoyo social se convierten en espacios de negociación en las relaciones familiares, de reformulación de las relaciones de género y familiares en la provisión y recepción de cuidados y apoyo social, y de tensiones con el contexto de recepción.

- d) En el caso de las mujeres, la migración de retiro les lleva a equilibrar los proyectos personales y los mandatos culturales de género con respecto a la provisión y a la recepción de cuidados, lo que se manifiesta en la ambivalencia expresada entre sus valores y expectativas y los vínculos afectivos y familiares.
- e) La inmigración de retiro constituye una estrategia de búsqueda de salud, siendo en particular el aseguramiento de *cuidados* y el apoyo social uno de los factores que guían los itinerarios y dinámicas migratorias de los/las inmigrantes de retiro. El complejo asistencial en donde buscar recursos para la salud/enfermedad/atención y el complejo de relaciones familiares adquiere así un carácter transnacional.
- f) La presencia de retirados del norte de Europa en determinados enclaves del sur de la provincia de Alicante produce choques con los sistemas de atención socio sanitaria debido a la presión demográfica, pero también a la tensión cultural entre modelos distintos en la consideración del envejecimiento y de las responsabilidades sociales de y hacia la tercera edad. Dicha tensión cultural es expresada por parte del personal socio sanitario a partir del cuestionamiento de las emociones y apegos familiares de las personas del norte de Europa, en particular, de las británicas.
- g) La producción social del fenómeno de la inmigración, así como la no contemplación de la diversidad cultural desde una perspectiva amplia, ha generado unas categorías reduccionistas de la otredad que se proyectan en los procesos de atención sanitaria, dificultando la organización de recursos adecuados a las necesidades y características de la población de cada contexto.

### 3.3. Unidades de análisis

Las unidades de análisis, señaladas a continuación, han constituido las principales guías para la búsqueda de información y para operacionalizar el análisis. En el transcurso de la investigación algunas fueron adquiriendo nuevos matices. Las vamos a presentar agrupadas en dos ejes, los que señalan a grupos sociales distintos pero también a diferentes espacios culturales y vivenciales: el sector salud y los inmigrantes de retiro.

#### *Sector salud*

- Representaciones y prácticas en torno a las migraciones
- Relaciones entre el personal sanitario y las/os migrantes de retiro
- Modelos de diversidad cultural
- Interacciones entre migración y envejecimiento en los procesos atención
- Representaciones y prácticas culturales en torno a la vejez/envejecimiento/edad
- Modelos familiares, sociales e institucionales de responsabilidad y atención a la tercera edad
- Representaciones socioculturales y de género con respecto a los cuidados
- Conflictos en la provisión de *cuidados* hacia la población de retiro

#### *Inmigrantes de retiro*

- Representaciones y prácticas culturales en torno a la vejez/envejecimiento/edad
- Representaciones de género
- Relaciones intergeneracionales
- Relaciones familiares
- Modelos familiares, sociales e institucionales de responsabilidad y atención a la tercera edad
- Vivencias de la salud, la enfermedad y *los cuidados*
- Representaciones socioculturales respecto a *los cuidados*
- Relaciones, recursos y estrategias de apoyo social y cuidados
- Estrategias corporales de resistencia, contestación y transformación
- Relaciones entre el personal sociosanitario y los inmigrantes de retiro

#### **3.4. Actores sociales**

La principal población de estudio de esta investigación son los inmigrantes internacionales de retiro, pero destacando su relación con el personal sociosanitario en destino. Por lo tanto, el estudio sistemático y el desarrollo de la trama de la investigación se articularán a partir de estos dos colectivos. No obstante, son muchos los actores sociales, tanto individuales como institucionales, que intervienen en esta investigación en tanto que forman parte de los contextos plurales que implica un movimiento migratorio. Los fenómenos sociales son multifacéticos, por ello se ha procurado un discurso multivocal en el que concurran distintas perspectivas sobre lo que acontece, que permita cruzar las diferentes “versiones” sobre la realidad, y observar a los actores sociales en las relaciones que establecen en su contexto (Bourdieu, 1999).

#### *Migrantes Internacionales de Retiro*

Los sujetos principales de estudio son personas del norte y centro de Europa, que tras la jubilación se asientan en los distintos enclaves cálidos del sur de la provincia de Alicante. Es muy difícil acotar en un término la variabilidad de situaciones que impulsan a las personas a la movilidad, las motivaciones para la elección de las distintas geografías, el régimen de permanencia y la propia consideración de cada uno, pero como ya se ha argumentado, se utilizará la categoría de inmigrantes de retiro.

Si bien la mayoría de los informantes de origen extranjero de la muestra son británicos, también están presentes otras nacionalidades. La nacionalidad confiere un marco experiencial, cultural y político específico. En un principio, preferimos no centrarnos en una en particular, porque la pretensión era la de mostrar el conjunto que

compone el paisaje, no sólo nacional sino social, de la inmigración de retiro en la provincia de Alicante. Otra de las razones era la consideración de que es precisamente el conjunto de la presencia de distintos nacionales noreuropeos de retiro el que provoca unas determinadas repercusiones en los contextos locales. No obstante, al final se eligió preferentemente a británicos por varios motivos: por su mayor presencia tanto en el Estado español como en Alicante, por su propia idiosincrasia y las representaciones sociales de los españoles hacia ellos, así como por cuestiones lingüísticas. La mayoría de las personas extranjeras de retiro no hablan castellano, y la única lengua extranjera en la que me puedo comunicar fluidamente es el inglés, por lo que estos elementos terminaron por confirmar mi elección. Así y todo, iremos señalando algunas de las particularidades intragrupalas que presenta este colectivo nacional y socialmente heterogéneo.

La lengua, por lo tanto, ha sido un factor que ha influido en la elección de informantes, ya que sólo ha sido posible la comunicación con aquellas personas que hablaran o bien inglés, o castellano. Pero, por otro lado, ha posibilitado llevar a cabo una investigación en la que interviene tanto la población que migra como la autóctona, algo que no suele ser habitual en los estudios sobre inmigración de retiro en España. La lengua ha sido un aspecto de gran relevancia para la investigación, pues el inglés no sólo ha mediado en la relación etnográfica, sino que ha sido uno de los elementos de la disputa entre la población española y la noreuropea, especialmente en el caso de los británicos. Mi conocimiento del inglés se fue afianzando con el mismo proceso de investigación y sirvió como moneda de cambio en la relación con los informantes de habla inglesa, sobre todo mujeres. Ellas corregían mi inglés y yo hacía lo mismo con su escaso español. Si el estatus de Caroline Oliver (2007) en la Costa del Sol fue cambiando según mejoraba su español, pudiendo así conectar mejor con la fascinación cultural de los migrantes británicos en España, en mi caso, conforme fue mejorando mi inglés, pude sintonizar de manera más cercana con sus referentes sociales, con sus memorias y sus anhelos.

La diversidad entre los inmigrantes de retiro es reseñable, de ahí que fuera imprescindible tener en cuenta distintas variables para valorar la situación, la posición social y los recursos de cada persona. Algunas de las variables principales de estudio que se han tenido en cuenta han sido son:

- *País de origen*: la diversidad de orígenes supone una variedad de experiencias distintas a nivel individual, social, político, institucional y económico que configuran las posiciones que se ocupa en destino así como las lógicas que guían las decisiones. Asimismo el origen en su relación con la lengua va a influir en su acceso a recursos, en la vinculación a redes de apoyo, y en las relaciones con el personal sociosanitario.

- *La edad:* la migración de retiro abarca un amplio espectro de edades que suponen circunstancias vitales distintas tanto en lo corporal, en lo que refiere a la percepción de sí mismos y de los demás, como en el acceso a los recursos. Dado que la investigación se centra en una movilidad que se da tras la salida del mercado laboral, es la edad de jubilación la que ha sido tomada en cuenta para la elección de la muestra. El momento de la jubilación ha cambiado su cronología y, aunque habitualmente se daba en la población de entre sesenta y sesenta y cinco años, actualmente podemos encontrar a jubiladas y jubilados de cincuenta y cinco, por ello el rango de edades de los informantes es variado. La edad será contemplada también en relación a la cohorte o generación, que vendría a ser la dimensión grupal de la edad, en tanto que incluye a personas que en su curso vital han compartido una historia sociocultural similar, desarrollando así una identidad colectiva desde la que se puede entender mejor sus experiencias, aspiraciones y percepciones de la realidad.
- *Sexo/Género:* porque influye a todas las personas como un elemento socialización clave con una influencia muy significativa en la conformación de las identidades y en el desarrollo de las relaciones sociales, en particular las de cuidado y de apoyo social, que recae en las mujeres socializadas como “seres para otros”. Por ello hemos incluido en la muestra tanto mujeres como hombres para poder analizar las similitudes y diferencias que se viven y expresan.
- *Condiciones de salud:* entendidas como sus posibilidades de llevar a cabo actividades y rutinas, y desde una consideración más global de bienestar y de satisfacción con su “estilo de vida”. Tanto la salud como la falta de ella puede condicionar las decisiones migratorias, asimismo influye en la concepción de sí mismos/as y supone la activación de recursos y estrategias, sobre todo en relación a la dependencia.<sup>88</sup> También atenderemos a los efectos que éstas tienen en la consideración de la edad, en las relaciones de género y en la decisión migratoria.
- *Redes sociales:* la familia supone uno de los recursos de apoyo social más importantes. La dispersión de sus miembros y la debilitación de los lazos van a influir en sus itinerarios migratorios y en sus horizontes de búsqueda de recursos. La disponibilidad de una red de apoyo con la que contar en el lugar de destino va a ser muy importante en situaciones de crisis, sobre todo ante la ausencia de otros miembros de la familia. Se indagará en qué tipo de recursos

---

<sup>88</sup> El término “dependencia” refiere, en el contexto de la protección social, a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades esenciales de la vida cotidiana. El Consejo de Europa define como personas dependientes a quienes, por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria. En los países donde se han desarrollado sistemas específicos de protección a la dependencia se suele definir la necesidad de “ayuda importante” como la necesidad de ayuda de otra persona (Rodríguez, 2000:18; en Alcalde et al.2006:39).

personales *in situ* y a distancia (familiares, amigos, vecinos, etc.), cuentan los informantes y qué uso se hace de ellos.

- *Recursos económicos*: entendidos como capacidad adquisitiva, van a influir en el acceso a unos recursos diferenciados tanto de ocio y turismo, como de atención sociosanitaria. Se atenderá sobre todo a la posibilidad de optar a seguros de salud y servicios sociosanitarios privados, a la capacidad para afrontar gastos derivados de las necesidades que se van presentando, a las posibilidades de ocio, y a la posesión de vivienda en el país de origen.
- *Tiempo y tipo de permanencia en España*: por un lado está la experiencia que supone el tiempo vivido en un lugar y el grado de integración en el contexto en el que habitan. Su régimen de estancia, esto es, su permanencia, estacionalidad y/o las dinámicas transnacionales; y el medio en el que viven (urbanizaciones en las zonas costeras, en un pueblo o en el campo), van a suponer unas características, dinámicas y unos recursos de acceso diferentes que van a crear entornos distintos en los que socializarse y vivir. Por otro lado, de su régimen de residencia se deriva el acceso a unos recursos sociosanitarios públicos distintos. Se contemplará cómo influye en los sujetos de estudio, el abanico de posibilidades que se articulan a partir de estas variables.

Estas variables fueron utilizadas para cubrir la variedad que compone este colectivo, independientemente de que fueran más o menos representativas, y también para poder analizar su influencia.

### *Profesionales sociosanitarios*

El interés por conocer qué relaciones establecen los profesionales sociosanitarios con los inmigrantes de retiro, y qué relaciones establecen éstos con los dispositivos sanitarios en los que se atienden como parte de su itinerario asistencial, hizo que otro de los grupos importantes de informantes fuera el personal sociosanitario. En este caso las variables principales de estudio que se diseñaron, remiten a perfiles y espacios sanitarios que relatan una ideología y un tipo de práctica concreta. Éstas fueron:

- *Perfil profesional*: según si es personal médico, de enfermería, auxiliar o trabajador/a social. Cada profesional tiene un tipo de cometidos y posiciones que influyen en la relación con las personas inmigrantes de retiro que se atienden, en sus prácticas y en sus discursos. En ellas también van a haber diferencias en cuanto a las relaciones de poder y a las competencias lingüísticas.
- *Servicio*: el tipo de servicio, según sea un centro de salud (urgencias u oncología) en relación al tipo de malestar, va a modelar el tipo de relación más puntual o prolongada entre el personal sociosanitario y las personas extranjeras. Una temporalidad y unos malestares que suponen distintas demandas por parte de usuarios y distintas habilidades por parte del personal que puede llevar a desajustes y conflictos.

- *Titularidad:* dependiendo si el dispositivo de salud es público o privado, la población usuaria extranjera va a ser considerada de distinto modo por parte del personal sociosanitario, lo que nos va a permitir ver las confluencias y divergencias entre estas distintas posiciones frente a las personas europeas. Los discursos y las prácticas pueden variar en relación a la visión desde recursos públicos por un lado, y desde las ganancias privadas, por otro. El distinto conocimiento que dispongan los profesionales de sus usuarios, también va a modificar las percepciones de sus motivaciones, situaciones y demandas.
- *Sexo/Género:* las ideologías y prácticas de género en relación a *los cuidados* llevan a observar cómo influye esta categoría entre los y las profesionales en sus consideraciones respecto a los modelos familiares y de atención de las personas noreuropeas.

Estos dos, migración internacional de retiro y profesionales sociosanitarios, han sido los principales colectivos de estudio; si bien también se ha incluido aquellas personas que tienen contacto con la población jubilada extranjera y pueden aportar su criterio. Entre ellos, familiares, personas autóctonas que están en contacto con la población de retiro, miembros de asociaciones, personal administrativo, así como representantes sindicales y políticos.

### 3.5. Escenarios

Los diferentes marcos en los que se desenvuelven los procesos objeto de estudio, y en los que interactúan el tipo de actores sociales descritos, conforman los escenarios en los que se ha llevado a cabo la investigación. Lugares en sí mismos elocuentes a tomar en consideración, no sólo desde la descripción sino desde el análisis. Oscar Guasch define un escenario como “cualquier lugar donde se manifiesta la realidad social estudiada, y para cualquier realidad social existe una gran diversidad de escenarios” (1997:38). Los de este trabajo tienen mucho que ver con el carácter de la migración de retiro y sus manifestaciones, donde tan relevantes son las ubicaciones, como las conexiones, itinerarios y redes. Entornos que componen el ámbito espacial, simbólico y material de sus experiencias. En la investigación se han privilegiado los procesos sociales frente a los espacios materiales en los que acontecen, por ello han sido los primeros los que han guiado las ubicaciones y los escenarios específicos del estudio, si bien a partir de la elección previa de un área geográfica y social determinada.

Como se ha dicho, el sur de la provincia de Alicante (Estado español), es el área en donde hemos circunscrito el escenario de trabajo de campo, concretamente las



comarcas<sup>89</sup> de *El Baix Vinalopó* y el *Baix Segura*.<sup>90</sup> Es necesario matizar que utilizaremos el término “España” entendido como noción *emic*,<sup>91</sup> es decir con la carga que los noreuropeos le confieren como destino, área cultural, clima e imaginario simbólico. Asimismo utilizaremos el término *Costa Blanca Sur* para referirnos al sur de la provincia de Alicante. De hecho, quien viene a la Costa Blanca viene a una ubicación particular de la España mediterránea. Del mismo modo, nos referiremos a Inglaterra o el Reino Unido según sea nombrado de una manera u otra por parte de los informantes. La categoría *británicos* es problemática y a menudo contestada, dado que no hay un consenso identitario en torno a ella más que como una comunidad imaginada correspondiente a una nación-estado (Fox, 2004). Por lo tanto, utilizaremos el término *británicos* para incluir tanto a ingleses, galeses, escoceses; o sus concreciones cuando así lo hagan ellos.

El sur de la provincia de Alicante recibe la acepción turística de Costa Blanca Sur, un área de contornos fluidos y conexiones globales. Sus límites vienen definidos por los referentes y los usos de la población de retiro, cuyos márgenes van desde el sur de la ciudad de Alicante hasta el norte de la provincia de Murcia. La elección de la zona sur se debe a una suma de datos e intuiciones, posteriormente confirmadas, que nos llevaron a distinguirla como un área con características distintivas con respecto al norte de la provincia.

Al comienzo de la investigación, se pudo observar que algunas de las publicaciones por y para extranjeros residentes en Alicante tienen dos ediciones: la norte y la sur. Lo mismo sucede con el nombre de algunas asociaciones o servicios para noreuropeos, que en su nombre distinguen si pertenece al norte o al sur de la Costa Blanca. En definitiva, seccionan la provincia para marcar el ámbito al que se refieren. Una división que desde la perspectiva de la posterior urbanización del sur de la provincia, también señala diferencias en lo que respecta a una zona que, junto con Murcia, todavía está en expansión urbanística o en vías de saturación, dependiendo la perspectiva desde la que se observe el proceso. Tanto la zona del sur de la provincia de Alicante como la provincia de Murcia van situándose como destinos alternativos para la llegada de contingentes de población extranjera retirada, ante el agotamiento y el

---

<sup>89</sup> Las comarcas son la agrupación de municipios creada por la Comunidad Autónoma, para la gestión de los servicios que se le atribuyan. La provincia de Alicante se compone de nueve comarcas: El Comtat; L'Alcoia; La Marina Alta; La Marina Baixa – La Marina Baja; Alt Vinalopó- Alto Vinalopó; Vinalopó Mitjà- Vinalopó Medio; Baix Vinalopó- Bajo Vinalopó; L'Alacantí- Campo de Alicante; Baix Segura- Vega Baja.

<sup>90</sup> La comarca del *Baix Vinalopó* tiene una población total de 287.767 residentes, de la cual 16.959 son extranjeros mayores de 50 años. En el *Baix Segura*, de una población total de 383.247 personas, 108.556 son extranjeros de la UE mayores de 50 años (Fuente Padrón, 2008. Institut Valencià de Estadística)

<sup>91</sup> *Emic* hace referencia a los modelos de comprensión y representación de los informantes sobre la realidad, en contraste con la visión *etic*, o las categorías, expresiones e interpretaciones de la persona que investiga (Aguirre, 1995:94).

mayor coste de otras zonas mediterráneas. La relativa novedad de las comarcas del sur como destinos de turismo residencial suponen, en términos demográficos, una media de edad de los jubilados más baja que en otros enclaves de retiro debido a la incorporación más tardía al mercado de turismo residencial; y un perfil de ingresos también más bajo (Casado-Díaz, 2005:91). En términos económicos y de distinción se identifica como un entorno más asequible que el norte alicantino u otras zonas del Mediterráneo como la Costa del Sol, lo que se refleja en una mayor presencia de clases medias que, aprovechando de las actuales condiciones económicas para la movilidad, pueden acceder a un destino de retiro más barato.

Como decíamos, el sur de la provincia de Alicante se funde y confunde con la provincia de Murcia, pues los referentes que los autóctonos manejan respecto a localidades, comarcas, áreas sanitarias o provincias, son transformados y vivenciados desde otros procesos sociales. Sus vidas, contactos y actividades exceden los límites provinciales al guiarse por otros criterios. Murcia, actualmente, también es un importante destino de flujos migratorios caracterizado por una inmigración de motivación económica y laboral extracomunitaria, así como una creciente inmigración de norte a sur de europeos con perspectivas residenciales. A menudo, residentes del sur de la provincia de Alicante hacen uso del aeropuerto de Murcia por su cercanía o precios.<sup>92</sup> Esta solución de continuidad de la migración de retiro a lo largo de la costa, ha hecho que algunas fuentes de información de carácter secundario procedentes del norte de la provincia de Alicante y de Murcia, también hayan sido consideradas.

Los escenarios en los que se ha llevado a cabo el trabajo de campo han sido, por un lado, los lugares en donde residen y llevan a cabo sus actividades de ocio; y por otro, los dispositivos sociosanitarios en donde las personas jubiladas extranjeras reciben atención sanitaria. En referencia al primer grupo, las urbanizaciones han sido muy relevantes ya que son centros neurálgicos de sociabilidad entre extranjeros, y modelos urbanísticos por excelencia del turismo residencial. Hubo dos macrounidades, o conglomerados de urbanizaciones, en las que realicé observación participante continuada: Sondosal (Santa Pola) y Estrella de Mar (San Fulgencio), y en menor grado, en La Pandereta (Torrevieja) y Mar Azul (Rojales).<sup>93</sup> En estas urbanizaciones se accedió a los espacios de sociabilidad como son: asociaciones, clubs, iglesias, bibliotecas, *pubs*, etc.; y a los espacios domésticos, esto es, a los hogares

---

<sup>92</sup> Durante el trabajo de campo pude leer en los periódicos el litigio entre la provincia de Murcia y Alicante ante la propuesta de llamar al aeropuerto de Murcia: “*Alicante Sur*”, acomodando así los nombres a los utilizados en las cartografías turísticas.

<sup>93</sup> Los nombres de las urbanizaciones han sido cambiados para salvaguardar la confidencialidad de los informantes. Por el mismo motivo, los nombres de los informantes y de los hospitales o asociaciones que están directamente vinculados con ellos también han sido cambiadas.

de los informantes.

No se ha elegido la urbanización como lugar exclusivo de estudio, puesto que las vidas de los noreuropeos retirados trascienden las urbanizaciones, y una de las bases de la investigación es visibilizar su entramado de relaciones y lugares con sentido. Por lo que se ha preferido considerar el campo de forma translocal y seguir redes de contactos y de lugares antes que unos lugares concretos (Appadurai, 1996). En este sentido, cabe señalar que hay extranjeros que no viven en urbanizaciones pero que hacen uso de sus asociaciones o de su oferta de ocio; mientras que hay quienes viven en urbanizaciones pero establecen sus redes de amistad más allá del entorno inmediato en el que residen. Por ello, también se exploraron otros espacios a los que se llegó a partir del contacto con informantes o de la búsqueda de asociaciones. Así también, forman parte del ámbito local de investigación: la sierra de Orihuela, la sierra de Crevillente, el pueblo de La Marina y Torrevieja.

<b>Informantes MIR</b>	<b>Enclave</b>	<b>Nº</b>
	<b>URBANIZACIÓN SONDESAL</b>	9
	<b>URBANIZACIÓN ESTRELLA DE MAR</b>	7
	<b>LA MARINA</b>	5
	<b>TORREVIEJA</b>	5
	<b>ORIHUELA</b>	2
	<b>CREVILLENTE</b>	2
	<b>ALBATERA</b>	1
	<b>ALGORFA</b>	1
<b>TOTAL</b>		<b>32</b>

**Tabla 1.** Informantes y lugar de residencia  
 Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los lugares de origen, las estancias de investigación en los Países Bajos e Inglaterra, me permitieron hacer alguna incursión de campo y tomar el pulso a la presencia social de este tipo de opciones postjubilatorias in situ, desde donde se hace la oferta. Allí pude observar las aspiraciones y las imágenes proyectadas en la mercantilización del sur y del sol, así como visitar en origen a algunos de mis informantes, conocer sus familias y entornos, geográficos y sociales. La estancia en California, destino postjubilatorio en Estados Unidos, también me permitió observar más de cerca la versión norteamericana de la migración de retirados.<sup>94</sup>

<sup>94</sup> Las estancias con una duración de tres meses respectivamente, se llevaron a cabo gracias a la beca FPU del Ministerio de Educación. Los centros de destino fueron: Amsterdam School for Social science Research (ASSR) (Amsterdam, 2005); Sheffield Institute for Studies on Ageing (SISA). University of Sheffield (Reino Unido, 2006); Department of Anthropology. University of Berkeley (California) (Estados Unidos, 2007).

La etnografía multisituada consiste en una práctica etnográfica deslocalizada, que se basa en la utilización de una multiplicidad de unidades de observación y participación (Pujadas y Roca, 2004:265). Por lo que podemos afirmar que éste se trata de un trabajo de campo multisituado geográficamente, que parte de una óptica multidimensional por la que los espacios son interpretados como escenarios políticos, sociales y simbólicos. Donde los contextos vinculados por los procesos sociales y migratorios, y los niveles macrosocial y microsocioal se entrelazan y superponen produciendo nuevas representaciones y prácticas. George Marcus (1995:96), por su parte, describe la etnografía multisituada en términos de movimiento, de circulación de significados culturales, objetos e identidades en un tiempo y espacio difusos; lejos de la consideración de un único lugar y situaciones locales de los diseños de la investigación etnográfica convencional. También, a diferencia de la práctica convencional, en mi caso no cambié mi lugar de residencia habitual para “estar” en el campo, ni modifiqué drásticamente mis actividades paralelas ni mis relaciones. Sin embargo sí cambió mi percepción del entorno en tanto que lo hicieron mis trayectorias y permanencias, al mismo tiempo que mis relaciones sociales se ampliaron a otros orígenes y edades. Nuevos lugares y nuevas gentes a las que estaba conectada (también en su sentido ciberespacial) a partir de los usos, de las relaciones personales y de la información de los medios específicos de comunicación en lengua inglesa.

Por otro lado están los espacios de atención sociosanitaria, que tanto han sido lugares donde contactar con informantes, como escenarios de observación participante. Entre ellos están dos hospitales, dos centros residenciales privados, un consultorio médico privado, y dos establecimientos de servicios sociales. Los dispositivos sociosanitarios en los que estuve realizando trabajo de campo fueron: el servicio de urgencias del Hospital Mare Nostrum,<sup>95</sup> el servicio de oncología y neurología del Hospital Miramar, y un consultorio privado de la urbanización Sondosal. En la búsqueda de otros profesionales y otros escenarios de la oferta también se accedió a dos centros residenciales en Santa Pola. Asimismo hay que señalar los despachos de las dos trabajadoras sociales en Sondosal y en Rojales, y varias asociaciones.

Los accesos en algunos de estos dispositivos sanitarios fueron más difíciles, necesitando contactos previos y teniendo que negociar mi presencia allí. Esto sucedió en uno de los hospitales en donde tuve que presentar un proyecto de investigación y

---

<sup>95</sup> El nombre de los hospitales es ficticio.

un compromiso de confidencialidad.<sup>96</sup> De todos modos también se dio el caso opuesto en el que el acceso no tuvo apenas filtro ni consideraciones sobre la intimidad de los usuarios.

Por último, quisiera cerrar este punto señalando que el trabajo de campo no se ha inscrito en un municipio, en una urbanización, ni una nacionalidad como se ha hecho en otros estudios sobre migrantes de retiro. Tampoco se ha ceñido a un dispositivo sociosanitario, como en otros trabajos sobre inmigración y salud. Las razones son varias, pero fundamentalmente obedecen al carácter panorámico de esta investigación, a la escasez de información previa que vincule salud e inmigración internacional de retiro, y a las características de los asentamientos de noreuropeos que, como ya he señalado, se componen de centros pero también de flujos con los que reconfiguran los espacios en relación a sus usos. Me he inclinado por un área más amplia, guiada por los circuitos derivados de los contactos para, a través de ellos, conocer otros itinerarios y los sentidos que adquieren los lugares. De este modo he tratado de no limitar las conexiones que se establecen entre gentes y lugares, así como de ampliar los perfiles de jubiladas y jubilados, tanto si viven en una urbanización, en un pueblo o en el campo. Es en estos escenarios variados y en sus enlaces, en donde se inscriben las escenas de los procesos sociales a los que nos remitiremos en adelante.

### **3.6. Estrategias metodológicas y técnicas de investigación**

La investigación que presento tiene una orientación antropológica y un enfoque sociocultural, relacional e interpretativo. El potencial de la mirada antropológica reside en la posibilidad de establecer cómo procesos de carácter general se manifiestan en ámbitos concretos y particulares. La investigación antropológica profundiza en la lógica de la coexistencia entre los fenómenos a nivel macrosocial y el contexto microsociales en el que se inscriben, desde una perspectiva histórica, comparativa y procesual (Téllez, 2002:2). El acercamiento antropológico a los hechos etnográficos aspira a ser holístico, lo que supone una perspectiva de investigación que incorpore la suma de los distintos ángulos desde donde el fenómeno en cuestión acontece en el contexto global del que forman parte. En nuestro aquí y ahora, interconectado y global, la proposición de holismo reverbera amplificada en sus múltiples conexiones; convirtiéndose más que en la elección de una mirada, en una premisa ineludible para abordar los fenómenos sociales contemporáneos.

La metodología cualitativa se sustenta en el trabajo de campo como proceso, y en la observación participante y entrevista como técnica de investigación. El trabajo de

---

<sup>96</sup> Véase anexo 6, pág. 459.

campo es uno de los métodos principales de investigación social que posibilita la investigación sobre el terreno, y la producción de datos e información que dan cuerpo a toda investigación etnográfica (Téllez, 2007). Además tiene la virtud de ser combinable con otras aproximaciones analíticas de carácter estadístico o demográfico. Esta metodología se ha elegido con el fin de operativizar el marco teórico desarrollado, y para un mejor acercamiento a las características del objeto de estudio y al sentido de las prácticas (Geertz, 1973).

Las observaciones de campo empezaron en diciembre del año 2004 hasta abril de 2005, estando presente en la asistencia y atención en el servicio de urgencias del Mare Nostrum de alrededor de unos 80 pacientes inmigrantes, por parte de 22 médicos (12 de ellos MIR<sup>97</sup>), 14 enfermeras, 4 auxiliares, además del resto de personal. A ellos se sumaron otros tantos pacientes, acompañantes, traductores, etc. Ni son todos los que estaban, ni todos los que se atendieron durante ese tiempo, pero las dinámicas de urgencias no siempre facilitaban un orden o una previsión. En la segunda fase, el trabajo de campo se llevó a cabo de manera discontinua desde finales de 2005 hasta principios de 2008, debido a las ausencias por las estancias de investigación, y a algunos periodos más baldíos a causa de las dificultades para establecer el contacto con los informantes, a causa de sus propias dinámicas de visitas y los periodos vacacionales. Un itinerario metodológico que ha estado salpicado de múltiples extrañamientos, encuentros y cambios, como desafío a los presupuestos de partida.

Si bien la metodología ha sido preferentemente cualitativa, se han utilizado diversas fuentes cuantitativas por la convicción de que la complementariedad y polifuncionalidad de las técnicas de trabajo de campo, combinando lo cualitativo con los procedimientos de cuantificación, permiten abordar mejor el objeto de estudio y tienen la virtud de generar nuevos focos de atención. En el caso de la inmigración, la utilización de recursos cuantitativos se hace especialmente necesaria por su significación, por la capacidad que tienen de producir interpretaciones acerca de la realidad, así como para objetivar la realidad migratoria que tan nutrida está de imágenes (Fernández-Rufete, 2004).

La hibridación de perspectivas, técnicas y recursos de investigación responde a la necesidad de contemplar los distintos procesos en contextos más amplios y complejos, vinculando el sentido de las prácticas y las condiciones locales y globales, individuales y sociales, en las que se generan y despliegan. Una variedad de recursos

---

<sup>97</sup> Las siglas MIR en este caso no corresponden a la migración internacional de retiro, con la que comparte acrónimo, sino que es el nombre que reciben los Médicos Internos Residentes, licenciados en medicina y cirugía que han superado el concurso-oposición de provisión de plazas convocado por el Ministerio de Sanidad. Los que hay en este hospital han seleccionado la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, por lo que estarán un período contractual y de instrucción de tres años.

teóricos y metodológicos con los que se ha procurado un mejor acercamiento a la complejidad de lo concreto (Law, 2002; en Romero, 2006:12), a las prácticas concretas y sentidos sociales en donde se encarna y articula lo global.

Las técnicas básicas sobre las que se ha sustentado la investigación y que a continuación explicaremos, son la observación participante y las entrevistas en profundidad. Otras técnicas también usadas han sido la observación flotante, el relato de vida, los grupos de discusión y los cuestionarios. La versatilidad y flexibilidad propia de las técnicas cualitativas ha propiciado que según la coyuntura, éstas se pudieran modificar adaptándolas a la situación y a los informantes. Con ellas se ha tratado de recabar información sobre los procesos y sobre aspectos valorativos y motivacionales a partir de las propias perspectivas de los actores sociales (*perspectiva emic*). Todo ello con la finalidad de una comprensión mayor de las relaciones, las posiciones, los intereses, motivaciones y acciones dentro de unos sistemas socioculturales y sociosanitarios determinados. A ello hay que añadir que algunas técnicas no sólo han servido para obtener información, sino que en sí mismas han ayudado a facilitar la presencia en el campo. La entrevista, por ejemplo, ha servido como recurso para justificar mi presencia y mi no intervención en el servicio hospitalario de urgencias; y con las personas jubiladas, para justificar mi presencia entre ellos y en sus hogares.

Los registros de información fueron varios y se acomodaron a la técnica, el lugar y el momento. El diario de campo, en la primera fase manuscrito y en la segunda por ordenador, ha sido el principal registro en el que se ha plasmado el recuento de lo acontecido, de mis impresiones, estados de ánimo y de las posibles interpretaciones. Otros registros analógicos utilizados han sido: el cuaderno de notas, diario de estudio, modelos de transcripción, agenda de teléfonos, dibujos y cuestionarios. Como medios audiovisuales se usaron la grabadora digital y la cámara fotográfica.

### *Observación participante*

La observación participante ha sido la técnica fundamental durante el trabajo de campo. A partir de ella se ha articulado todo el conjunto de informaciones, ha sido el vehículo para la incorporación en la trama social de estudio, y la posición para reconocer las articulaciones de la realidad a investigar. La observación participante permite observar los ámbitos en donde se desarrollan los hechos etnográficos, pudiendo estudiarse así las relaciones entre discursos y prácticas; la plasmación de las representaciones ideológicas en los hechos o su confrontación con la realidad en su contexto histórico, político, social y cultural. Esta técnica amplía el “campo del horizonte semántico y categorial del observador” (Sanmartín, 2003:55), con lo cual

complementa y ayuda a contrastar y a triangular la información de las entrevistas y del resto de técnicas empleadas. Observar y participar da la posibilidad de sumergirse en la subjetividad de las vidas cotidianas de los informantes y, con ello, entender lo que mueve y da sentido a las prácticas sociales y a la cotidianidad de las personas (Comas d'Argemir et al. 2004:70). El fin último de esta técnica es disminuir la distancia social que existe entre el observador y los observados mediante la inmersión en un contexto social ajeno para, con ello, poder captar su punto de vista (Guasch, 1997:37). No obstante, observar y participar de la alteridad da la posibilidad no sólo de interpretar lo ajeno, sino que constituye un ámbito reflexivo para reconocer la propia identidad y modelos de quien observa y de sus contextos.

En esta investigación la presencia física en los escenarios ha sido discontinua, tanto por las estancias de investigación como por los ciclos de permanencias y ausencias de los informantes. Pero a pesar de las distancias geográficas, un recurso importante para mantenerme en el “campo”, entendido como la realidad social a estudiar (Guasch, 1997:35-36), ha sido el uso internet. A través del correo electrónico o de redes sociales como el *facebook*,<sup>98</sup> he mantenido el contacto y a la vez he podido introducirme sus ámbitos virtuales de sociabilidad.

Como afirma Sarah Pink (2000), el ciberespacio o la realidad virtual es un nuevo dominio que se solapa con otros dominios de trabajo de campo más convencionales. Su potencial reside en que en el contexto del ciberespacio el significado de los lugares cambia, los espacios sociales y geográficos divergen y convergen, y el yo se representa. La tecnología es una mercancía profesional y doméstica, consumida tanto por antropólogos como informantes. Ya no sólo es una herramienta de investigación o un medio, sino un aspecto parte de nuestra experiencia compartida y de nuestra cultura y, en este caso, del contexto de investigación. Mi correo electrónico fue incluido en los envíos en cadena que algunos de nuestros interlocutores acostumbraban a mandar con fotos, chistes, historias, anuncios; pero también se utilizó para la comunicación personal o como una tribuna de opinión. En mi caso, también ha sido una herramienta útil para hacer las convocatorias para los grupos de discusión, concertar citas, o simplemente poder mantener el contacto. Por otro lado, con la adhesión a sus redes sociales virtuales he podido conocer sus relaciones tanto en destino como en origen.

▪ *Observación flotante*

La principal estrategia de obtención de información en los servicios hospitalarios, pero especialmente en el de urgencias, fue la observación flotante.

---

<sup>98</sup> Facebook es un sitio web gratuito de redes sociales creado por Mark Zuckerberg.



Constituye la observación participante idónea para los espacios públicos y para la recepción de la producción espontánea de información (Pétonnet, 1982:37- 47), asimismo implica una disposición permanente para captar la información útil (Allué, 2003:62). En urgencias, lugar de referentes móviles, cambiantes y efímeros; en donde la información se condensa en el tiempo y en el espacio, y los acontecimientos se superponen; allí donde no es posible alterar, frenar, ni posponer el ritmo de los acontecimientos sociales; la observación flotante ha sido la única forma de aprehender información de la realidad circundante. Acomodarse como observadora en la transitoriedad requiere paciencia y ser fluida como el propio lugar. Requiere encontrar los posibles espacios de permanencia dentro de las trayectorias de paso, rescatar los tiempos de las relaciones significativas en la maraña de las diferentes vivencias del tiempo. La presencia y participación en el servicio de urgencias consistió en una tarea de absorción de todo lo que sucedía alrededor, para luego intentar tamizarlo, ordenarlo y estructurarlo en el papel. La dificultad para la recogida de información guardaba estrecha relación con la no-linealidad, la discontinuidad y el caos en urgencias. Características que se podrán observar en el capítulo cuatro de la tesis.

### *Entrevistas*

Mediante las entrevistas accedemos a información sobre acontecimientos y sobre aspectos subjetivos de los individuos que no son directamente observables. Permite también la entrada al ámbito privado y a la esfera más íntima. Según Geertz (1973), en Antropología, la perspectiva interpretativo-hermenéutica debe abordar los fenómenos sociales, considerando que los significados guían el sentido de la acción de las personas desde el conocimiento de la experiencia de los actores dentro de su contexto particular. En este sentido, si pretendemos comprender el comportamiento de la población de estudio, tenemos que aproximarnos a ella tratando de acceder a los significados que guían su acción, es decir, debemos buscar conocer en profundidad la intención de sus acciones (Hammersley y Atkinson, 2001:21). Las entrevistas son una fuente de obtención de datos, pero también una vía de autoexplicación, a modo de autoanálisis provocado y acompañado, con la que nuestros interlocutores tratan de volverse comprensibles a sí mismos (Bourdieu, 1999:536). Las preguntas conducen a una reflexividad sobre sus identidades y actos, y las respuestas son la vía para la construcción de narrativas estables, lineales y coherentes de sí mismos.

Las entrevistas se configuraron bajo varios modelos según informantes, disponibilidad, y posibilidades materiales para llevar a cabo cada una de ellas. Con los inmigrantes de retiro las entrevistas en profundidad han sido la principal herramienta de obtención de información, especialmente las llevadas a cabo con determinadas

personas que, por su posición, su conocimiento o sus capacidades personales, podían hacer una traslación más completa o útil sobre determinados aspectos, convirtiéndose así en informantes privilegiados (Kottak, 1999:23). Con el personal sociosanitario fue más difícil tener entrevistas en profundidad, por lo que hubo que hacer mayor bricolaje de técnicas. De hecho, muchas no llegaron ni a ser entrevistas al uso por las condiciones en las que habían de darse, en los pequeños intersticios de tiempo que permiten las dinámicas de urgencias, mientras se trabajaba, entre ruidos y distorsiones varias;<sup>99</sup> o bien, porque tenían un carácter más fortuito y un fin más relacionado con establecer nuevos vínculos, fomentar las relaciones, garantizar un contacto, legitimar mi interés, etc. Por otra parte, siempre que hubo posibilidad fueron grabadas, a excepción de las realizadas a personas vinculadas a la política: un sindicalista, una concejala, y una enfermera miembro de un partido político. Todas ellas rehusaron ser grabadas.

Durante el transcurso de las entrevistas fui elaborando un protocolo para su realización, especialmente con los extranjeros noreuropeos, consciente de que algunas pautas culturales de “*politeness*”<sup>100</sup> podían ayudar a la mejor marcha de las entrevistas.<sup>101</sup> En el caso de las parejas, fue inevitable, pero también interesante, que algunas de ellas se dieran estando ambos presentes. Uno de los complementos informativos que se utilizó tras las entrevistas fue la grabación de *memos*, entendidos como memorándums, esto es, como estrategia de extensión de la memoria por la cual, una vez terminada la entrevista y la visita, hacía mi propia grabación de los temas principales que habían surgido en la entrevista, del contexto, del lenguaje no verbal, de las posibles interpretaciones, las conjeturas, y lo que se había hablado con los informantes fuera de la grabación.

La selección de informantes se llevó a cabo a partir de la técnica de “bola de nieve”, tratando de ir ganando la confianza de unos pocos para, a continuación, pedirles que me presentaran a otros y ampliar así los interlocutores. Otra de las vías fue publicitar la investigación en la biblioteca de una urbanización. En cualquier caso, se intentó cubrir todas las situaciones y/o perfiles posibles a partir del cruce de las

---

<sup>99</sup> El contexto era similar al aquí descrito: “Pudimos entrevistar a Louise B. gracias a la propuesta del servicio de urgencias de un gran hospital de París. En ese ámbito, no se hizo nada para facilitar la investigación; las idas y venidas del personal de atención, los bomberos, el ruido de sirenas, la circulación de las camillas, el golpeteo de las puertas de plástico, la interpelación de los camilleros, así como la imposibilidad de aislarse en un espacio abierto, organizado para dejar libre el paso a las camas rodantes, la presencia constante de otros enfermos en los dormitorios y la repentina entrada de enfermeras o visitantes, son poco propicios para la realización de una entrevista” (Balazs, 1999:521).

<sup>100</sup> Éste término describe las normas de educación que definen de manera importante los códigos de comportamiento entre los ingleses, que ha motivado que desde otros orígenes nacionales la corrección inglesa en las maneras sea interpretada como hipocresía (Fox, 2004).

<sup>101</sup> Ver guía de entrevista en anexo 4, pág. 453.

variables consideradas, lo que conformó la muestra a utilizar para la investigación. El número de informantes y de entrevistas tuvo como horizonte la consecución de un grado satisfactorio de información, confirmado por los datos disponibles y por la saturación informativa, esto es, la certeza de que la realización de más entrevistas adicionales no produciría ni aportaría datos nuevos ni relevantes.

De 20 miembros del personal sociosanitario, administrativo y asociativo entrevistados, suman un total de 22 entrevistas; mientras que de 32 informantes migrantes de retiro, las entrevistas llevadas a cabo han sido 55. Traté de tener más de una entrevista con cada informante para poder abordar con la suficiente profundidad los temas de interés. Al mismo tiempo, algunas se espaciaron en el tiempo porque con ello se podía mantener el vínculo y así ganar confianza, entrar en temas más íntimos y tener una visión más diacrónica de su residencia en la Costa Blanca. No todos los interlocutores ni todas las temáticas eran representativas del perfil de los migrantes de retiro, como quienes que viven a solas o parejas del mismo sexo, pero con ello lo que se buscó es que la información fuera evocadora y explicativa<sup>102</sup>.

	INFORMANTE	PROFESIÓN	CENTRO
<b>PERSONAL SOCIO SANITARIO, ADMINISTRATIVO Y ASOCIATIVO</b>	Paloma	Enfermera	Hospital Mare Nostrum
	Antonia	Supervisora enfermería	Hospital Mare Nostrum
	Pepe	Administrativo	Hospital Mare Nostrum
	Carmina	Administrativa	Hospital Mare Nostrum
	Miguel	Médico	Hospital Mare Nostrum
	Candela	Auxiliar	Hospital Mare Nostrum
	Rosa	Auxiliar	Hospital Mare Nostrum
	Álvaro	Enfermero	Hospital Miramar
	Alba	Enfermera	Hospital Miramar
	Asunción	Voluntaria	Hospital Miramar
	Silvia	Administrativa	Urb. Sondosal
	Elena	Trabajadora social	Urb. Sondosal
	José	Médico consultorio	Urb. Sondosal
	Alicia	Enfermera	Urb. Sondosal
	Glauco	Médico	Residencia Santa Pola
	Nieves	Trabajadora social	Residencia Santa Pola
	David	Psicólogo asociación	Torre Vieja
	Pilar	Cuidadora	Empresa privada
	Carmen	Trabajadora Social	San Fulgencio
	Demetrio	Administrativo	Hospital Miramar

**Tabla 2.** Personal sociosanitario, administrativo y asociativo entrevistado

Fuente: Elaboración propia

La mayor parte de las entrevistas con inmigrantes de retiro, tanto con británicos

<sup>102</sup> Según los datos del cuestionario de la UCAM&Universidad de Hamburgo, de los británicos mayores de 51 años que respondieron, 84% estaban casados/as; 5,5% estaban separados/as; 4,3% vivían en pareja; 3% eran viudos/as; y un 2,6% solteros/as.

como con otras nacionalidades, fueron realizadas en inglés a excepción de dos informantes. Entrevistas que, en la selección de fragmentos que se van a mostrar en los capítulos que siguen, se han mantenido en el idioma original. Los escenarios de estudio son lugares de pluralidad lingüística y de conflictos derivados por la posición y el uso de cada lengua, contexto que se ha querido reflejar utilizando en el texto las lenguas de mayor uso,<sup>103</sup> esto es, el castellano, el valenciano y el inglés, con la traducción de estas últimas a pie de página. Con los verbatims en inglés también se ha pretendido trasladar las incorporaciones puntuales del castellano. Junto a ello hay que añadir que se trata de una tesis que concurre a la Mención Europea del título de Doctora, en donde el uso de una lengua extranjera es referencia obligada. Es por ello que el resumen y las conclusiones, están redactadas en inglés.

▪ *Entrevistas en profundidad*

Las entrevistas en profundidad nos permiten conocer las condiciones de vida en que se han ido gestando las representaciones sociales y las prácticas individuales de los sujetos de estudio. Mediante esta técnica, a partir de un clima de mutua confianza entre los informantes y los entrevistadores, puede recogerse tanto el contenido de aquello que se dice como la forma cómo se dice, lo cual en ocasiones constituye también un dato significativo a tener en cuenta. En este sentido se utilizaron distintos modelos de guía de entrevista con carácter orientativo: uno dirigido a los informantes migrantes internacionales de retiro, otros para el personal sociosanitario, y otros se elaboraron específicamente según el informante. Las entrevistas en profundidad se realizaron mediante guiones siguiendo pautas semiestructuradas con preguntas abiertas, de manera tal que permitiera a las personas entrevistadas expresarse y expresar sus asociaciones temáticas, cognitivas y valorativas. El tipo de preguntas han sido preferentemente estructurales (sobre lo que conocen), descriptivas (sobre sus experiencias, sus opiniones) y de contraste (con respecto a la población española, las generaciones anteriores o posteriores).

En el caso de los jubilados, si se preveían varias, la primera entrevista comenzaba siendo muy poco estructurada y dirigida para sondear las inquietudes, las barreras, los intereses, sus acentos; y para evitar hacer una proyección de lo que yo percibía como dificultades. Podían considerarse como conversaciones, más o menos guiadas, con las que conocer sus categorías de sentido y sus valores. Desde un orden

---

<sup>103</sup> La utilización de varias lenguas se puede ver en el campo cinematográfico en películas como “*Séviigné*” (2004), de Marta Balletbó; y “*Las mujeres de verdad tienen curvas*” (2003), de Patricia Cardoso. En ellas se reflejan los contextos plurilingües y las influencias de unas lenguas sobre otras en los lugares en que se ubican sus trabajos. En la primera se traslada el contexto turístico y de negocios de Barcelona con la utilización del catalán, castellano e inglés. Mientras que en la segunda, el castellano se entremezcla con el inglés plasmando la realidad de la comunidad hispana inmigrada a un barrio de Los Ángeles.

muy flexible, los temas a tratar se iban reconduciendo según aparecían en sus propios discursos. Este tipo fue utilizado al principio para ganar en contexto, y al final para ganar en incorporación de los temas. La pretensión era la de dejar que construyeran su discurso, conocer las opiniones de los informantes, su ámbito de referencia, de qué y desde dónde querían hablar; y en el caso de las parejas, ver cómo gestionaban el turno de palabra y los contenidos. Las entrevistas posteriores tenían un carácter más dirigido o semiestructurado con las que acercarnos hacia experiencias determinadas de carácter más personal, como el envejecimiento o las proyecciones hacia el futuro, que requerían un mayor grado de confianza (Vallés, 1997:177-234). Por ello, en ocasiones adquirirían un mayor carácter de entrevistas de orientación biográfica.

▪ *Entrevistas de orientación biográfica*

Podrían definirse como un relato autobiográfico obtenido por quien investiga mediante entrevistas sucesivas en las que el objetivo es mostrar el testimonio de una persona, en donde se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia (Pujadas, 1992:47). Estas entrevistas me permitieron acceder a cómo algunos informantes narran su experiencia de vida: cómo estructuran su discursos, qué etapas y elementos vitales destacan y cuáles silencian, cómo otorgan sentido a su discurso y a su itinerario vital, etc. Este tipo de entrevistas fueron posibles con aquellas personas con las que o bien se había forjado una relación más estrecha, o tenían una mayor disposición para contar.

Estos relatos no se distinguen por su representatividad sino por su singularidad, por su aportación de información relevante sobre algunos de los puntos nodales para la investigación. Permiten incorporar la perspectiva del ciclo vital, entendiendo el presente como parte de una trayectoria anterior, de un discurrir. Como señala Pujadas (1992), el método biográfico permite al investigador situarse en ese punto crucial de convergencia entre el testimonio subjetivo de un individuo (a la luz de su trayectoria vital, de sus experiencias, de la visión particular que tiene de su padecimiento), y la plasmación de una vida que es el reflejo de una época, de una generación, de unas normas sociales y de unos valores esencialmente compartidos en un contexto particular del que el sujeto forma parte.

Capítulo 3. Objetivos, hipótesis y metodología

<b>INFORMANTE</b>	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>	<b>PAÍS DE ORIGEN</b>	<b>COHABITACIÓN</b>	<b>PERMANENCIA</b>
<b>COOPER</b>	H	70-75	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>GRACE</b>	M	70-75	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>STEVE</b>	H	60-65	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>MARY</b>	M	65-70	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>JAMES</b>	H	60-65	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>MARION</b>	M	60-65	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>JUDITH</b>	M	55-60	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>AUSTIN</b>	H	70-75	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>BRENDA</b>	M	50-55	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>RONALD</b>	H	60-65	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>LAWRENCE</b>	H	55-60	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>SALLY</b>	M	55-60	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>PAUL</b>	H	80-85	Reino Unido	En pareja	Temporal
<b>LISA</b>	M	65-70	Reino Unido	En pareja	Temporal
<b>JODIE</b>	M	55-60	EEUU	En pareja	Permanente
<b>BRIGITTE</b>	M	55-60	Países Bajos	En pareja	Permanente
<b>AINA</b>	M	70-75	Noruega	En pareja	Temporal
<b>PER</b>	H	75-80	Noruega	En pareja	Temporal
<b>MARTHA</b>	M	65-70	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>DORIS</b>	M	65-70	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>ROSE</b>	M	60-65	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>ANN</b>	M	55-60	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>LUKE</b>	H	65-70	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>ELIZABETH</b>	M	65-70	Reino Unido	A solas	Temporal
<b>ALBERT</b>	H	60-65	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>HENK</b>	H	65-70	Países Bajos	A solas	Permanente
<b>JOSEPHINE</b>	M	70-75	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>JANE</b>	M	60-65	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>ODA</b>	M	55-60	Noruega	En pareja	Temporal
<b>GABRIEL</b>	H	50-55	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>MADELEINE</b>	M	65-70	Reino Unido	A solas	Permanente
<b>GILBERT</b>	H	65-70	Reino Unido	En pareja	Permanente
<b>TOTAL: 32</b>					

Tabla 3. Migrantes internacionales de retiro entrevistados<sup>104</sup>

Fuente: Elaboración propia

<sup>104</sup> En la primera columna de Informantes se ha distinguido con colores las parejas en las que se entrevistaron a ambos miembros, mientras que bajo en blanco son personas que independientemente que tengan pareja o no, no se entrevistó a sus parejas.

▪ *Entrevista en grupo o Grupo de discusión*

Esta técnica posibilita conocer el contenido, la estructura y el proceso en que se construyen socialmente las representaciones sociales. Se parte del planteamiento de una cuestión abierta con la que captar los valores y sentidos de grupos particulares; y discriminar entre lo individual y los diversos mecanismos de procesamiento y vivencia grupal. Son discusiones organizadas con las que acceder a sus visiones, sentimientos, creencias con respecto a determinadas cuestiones. La ventaja con respecto a la entrevista individual es que algunas ideas o experiencias es más probable que aparezcan en interacción con el grupo, aunque también hay gente que se puede mostrar reacia a tratar determinados temas en grupo. A su vez es útil para confirmar información recogida en las entrevistas individuales y ver si en grupo surgen otros datos complementarios.

Ante mi dificultad para recoger aspectos relativos a las construcciones de género, debido a que las entrevistas no eran siempre a solas, se llevaron a cabo grupos de discusión separando hombres de mujeres. De este modo se crearon espacios generizados donde pudieran surgir pistas para el análisis. Con el grupo de discusión buscaba completar y ampliar algunos de los contenidos que habían quedado menos desarrollados en las entrevistas, promoviendo el desarrollo de discursos en torno a posiciones concretas. Se procuró seguir las pautas recomendadas para esta técnica respetando el número de participantes y las características del lugar. El número de participantes, sin embargo, no fue el óptimo. En el caso de las mujeres sólo pudieron asistir cinco, y en el caso de los hombres, tres, lo que no podría ser considerado como un grupo de discusión pero sí como una entrevista grupal. En cuanto al espacio, se pudo conseguir, previa petición formal, un espacio neutro, la sala de un centro cívico del ayuntamiento de La Marina, al que acudieron desde distintas poblaciones.

*Cuestionarios*

La mayor parte de la investigación disponible sobre migración internacional de retiro, procede de la explotación de los datos recogidos en cuestionarios y agrupados en ítems. Son los datos que han permitido una primera descripción de tipo demográfica y sociológica de este fenómeno social, aunque con el reconocimiento del sesgo implícito por provenir, la mayoría, de miembros de asociaciones. El otro sesgo es de género, pues suele darse la situación de que los hombres responden más a los cuestionarios. Esto puede deberse a que, a menudo, son ellos quienes cumplimentan el cuestionario en representación de la pareja (Casado-Díaz et al. 2004: 360-362).

### Capítulo 3. Objetivos, hipótesis y metodología

Los cuestionarios se distinguen no tanto por su carácter estructurado, ya que tanto las entrevistas cualitativas como los cuestionarios lo son, sino básicamente, como matiza Jordi Roca (2004:89), porque las primeras son reflexivas y los cuestionarios son estandarizados. Las encuestas o cuestionarios permiten obtener datos de amplios grupos de población, y suelen estar encaminados a la elaboración de un informe sobre los mismos (Rossi y O'Higgins, 1981; en Téllez, 2007). Dado que éste ha sido el acercamiento más extendido en los estudios sobre migraciones de retiro, los datos en los cuales me inicié en el tema eran de corte bastante cuantitativo. A través de dos cuestionarios, por iniciativa y diseño de otras personas pero con mi colaboración en la introducción de datos y en el análisis, pude acceder información panorámica y complementaria sobre la inmigración de retiro y sus manifestaciones en la Costa Blanca y Murcia. Estos datos se han utilizado sobre todo principalmente para apoyar y complementar los datos etnográficos.

#### *Cuestionario de respuestas cerradas*

Al comienzo de mi segunda etapa de investigación colaboré en la introducción de los datos en el programa de análisis estadístico SPSS, de un cuestionario realizado a 682 personas entre alemanes e ingleses<sup>105</sup> por parte de la Universidad Católica San Antonio Murcia (UCAM) y la Universidad de Hamburgo. Su cometido era el de lograr un perfil demográfico de las personas migrantes de retiro, incidiendo particularmente en temas lingüísticos, de identidad, economía y salud. A cambio de mi participación podría disponer de los resultados y explotarlos para mi investigación. Los cuestionarios del colectivo alemán se recogieron de los usuarios de la compañía aérea *Air Berlin* durante los meses de abril, mayo y junio de 2005. En el Aeropuerto de El Altet y en el de San Javier se repartieron los correspondientes al colectivo británico en diferentes compañías británicas de vuelo durante la primavera (mayo y junio) y el otoño (octubre y noviembre) de 2005. En ambos casos se trató de cuestionarios autoaplicados. En el caso de *Air Berlin* los cuestionarios fueron repartidos durante los vuelos Mallorca-Alicante. En el caso del aeropuerto de San Javier se repartieron en las salas de espera y cafeterías por un grupo de encuestadores europeos, no siguiendo en un principio cuotas fijas por sexo y edad.

---

<sup>105</sup> De la muestra eran 351 hombres (52%), 325 mujeres (48%) (5 perdidos) con una media de edad de 55 años, mediana de 58 y la moda de 61 años. La edad máxima edad 83 años. Por nacionalidades: Británicos(330); Alemanes (238); Austriacos (29); Holandeses (14); Suizos (14); Belgas (8); Franceses (2); Daneses (2). Un 84% decía dirigirse a la provincia de Alicante y un 7,8% a la de Murcia.



### *Cuestionario de respuestas abiertas*

Por iniciativa de un informante que ostentaba un cargo en una oficina de información para extranjeros, y que quería colaborar con mi investigación, se llevó a cabo un cuestionario en una macrounificación de la Costa Blanca Sur. Partipé en su diseño final, pero la elaboración corrió de su mano. Lo distribuimos durante una conferencia que él mismo dio en el centro social de la urbanización para una de las asociaciones de británicos. La muestra fue de cincuenta personas. Me comprometí con la asociación a devolverles los resultados, pues se quejaban de una investigación que fue hecha por parte de una universidad de la zona, y que faltó al compromiso de ponerse en contacto con ellos para entregarles los datos.<sup>106</sup>

### *Fuentes documentales*

La búsqueda de fuentes secundarias se ha compuesto de una ingente cantidad de textos de todo tipo y de documentos diversos: bibliografía académica, informes, registros hospitalarios, documentos legales, medios de comunicación y publicidad; así como material audiovisual y literario. La necesidad de situar el objeto de estudio en los diversos marcos históricos, políticos, sociales y culturales, junto a mi extrañamiento cultural, espacial y etario, ha supuesto la movilización de muchos recursos informativos para conocer mejor estos ámbitos e inscribir mejor sus prácticas y discursos. Han sido un complemento a las fuentes primarias permitiendo una comprensión más amplia de los hechos etnográficos.

Por un lado están las búsquedas estadísticas. Los datos estadísticos oficiales de población que se han consultado y explotado han sido los procedentes fundamentalmente del Padrón municipal y del Censo (INE). Así como los informes de distintos organismos como el Ceimigra, Conselleria de Sanitat, el IMSERSO o los barómetros de la Unión Europea accesibles vía internet.

Por otro lado están las fuentes escritas. La búsqueda de trabajos sobre migración de noreuropeos, y en concreto en relación con los procesos de salud/enfermedad/atención; así como de literatura general sobre personas mayores, envejecimiento y el ciclo vital, fue uno de los desafíos principales. La escasez de estudios que vinculara estos temas, por un lado, y las fronteras disciplinares por otro, supusieron que mi composición bibliográfica no sólo se nutriera de búsquedas concretas sino de hallazgos celebradamente inesperados. La principal guía de búsqueda fue el término migración y sus derivados. No obstante, desde esta categoría fueron muy pocos fueron los ítems que aparecieron relacionados con los actores sociales,

---

<sup>106</sup> Ver documento en anexo 7, pág. 461.

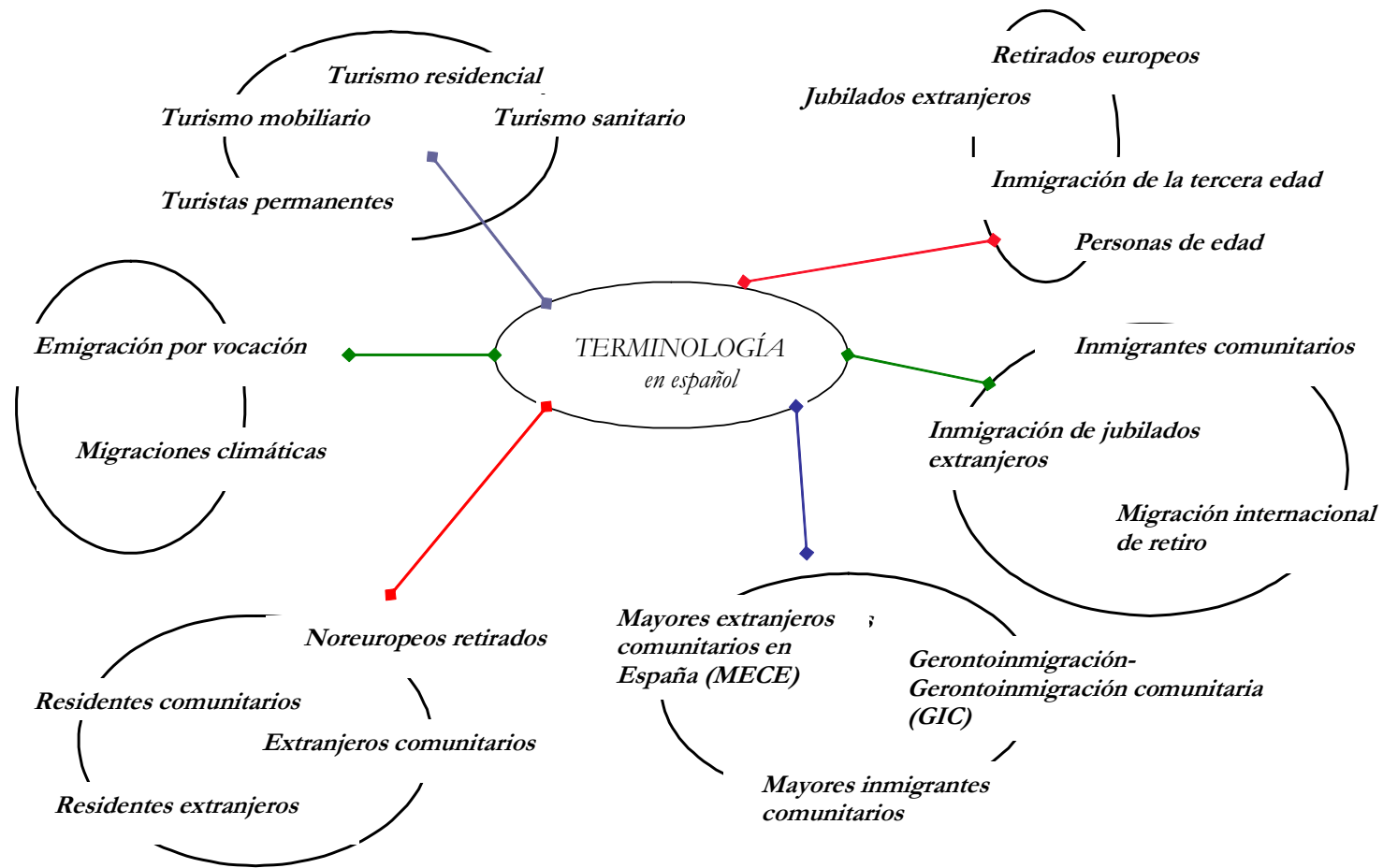
flujos, ámbitos y problemáticas en las que quería indagar. La falta de definición académica de los migrantes de retiro (Rodríguez et al. 2004) y sus propias dificultades para etiquetarse (Gustafson, 2002), son unas de las mayores dificultades para el análisis del fenómeno migratorio de retiro. De ahí que hubo que hacer aproximaciones a otros campos de estudio como el turismo y gerontología, y buscar en otras geografías.

En este sentido, las estancias en el extranjero en Ámsterdam, Sheffield y Berkeley, permitieron acceder a mucha literatura difícil de obtener en el territorio español. La gran cantidad de términos disponibles para concretar un fenómeno social, como sucede en el caso de la migración de retiro, enriquece la posibilidad de abordarlo desencorsetado de esencialismos, pero supone una gran dificultad a la hora de elaborar el estado de la cuestión y reconstruir sus genealogías teóricas. La experiencia de las estancias, la transdisciplinariedad, el uso intensivo de internet<sup>107</sup> y sus recursos, así como la utilización extensiva de diversas fuentes, facilitó en gran medida que pudiera elaborar un marco temático, teórico y conceptual bastante amplio tanto en lo que a enfoques refiere, como también en el sentido material. La mayor parte de elaboraciones desde los campos temáticos de la Migración Internacional de Retiro, los *Ageing Studies* o la Gerontología crítica están publicadas en artículos de revistas o capítulos de libro como se puede observar en la bibliografía de este trabajo.

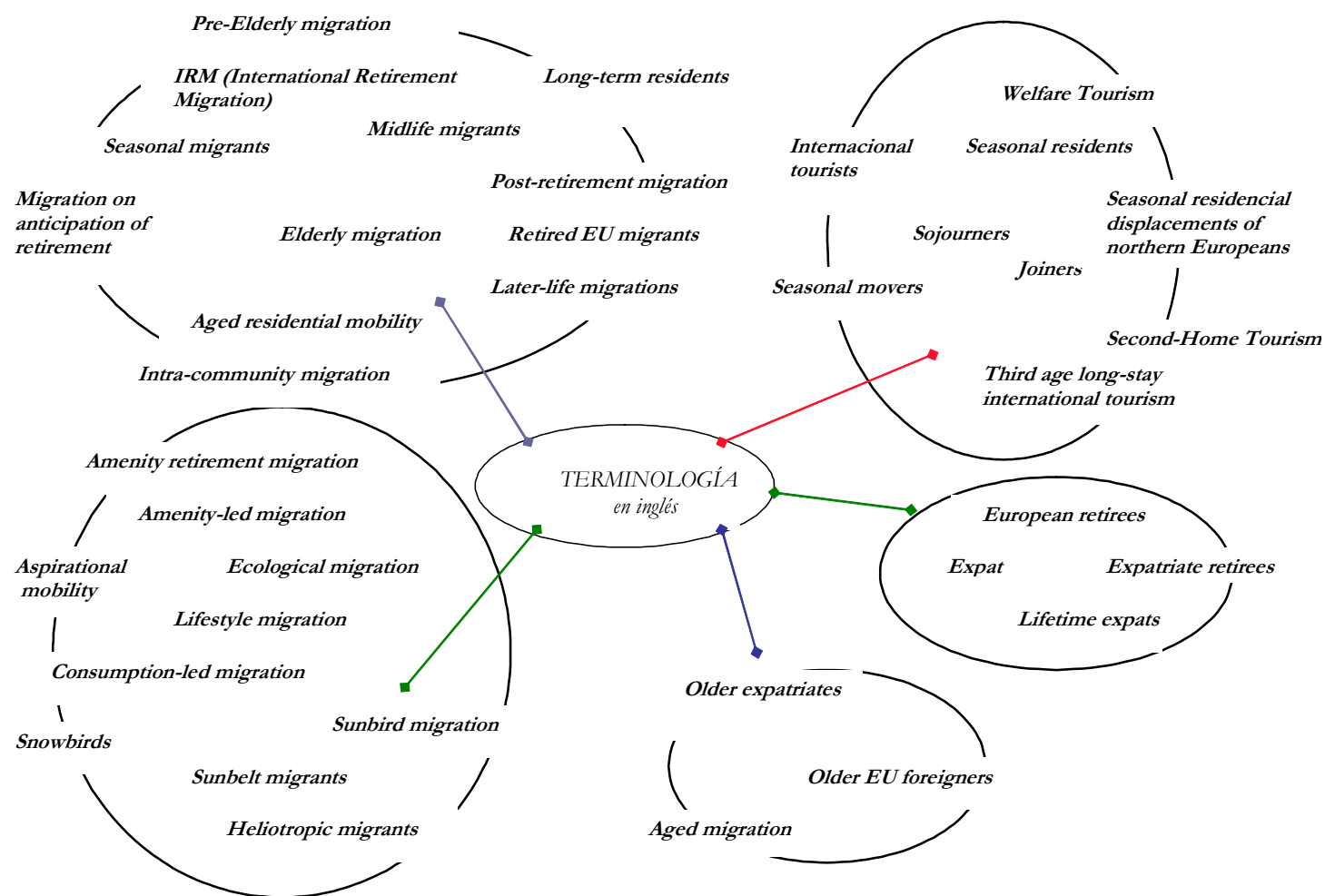
Ya hemos apuntado la gran cantidad de términos que existe para nombrar este desplazamiento. Esta variedad amplia de posibilidades muestra los enfoques académicos en la nominación de este tipo de movilidad, y también resalta la dificultad para abarcar en un término los distintos y variados componentes que envuelven a este tipo de inmigración, así como su pluralidad de matices. Como se puede observar en las tablas, aquellas que corresponden a los vocablos en inglés muestran una mayor variedad de términos, lo que responde obviamente a la preponderancia anglófona en la producción académica, pero también a la mayor preocupación del estudio de esta movilidad por parte de los investigadores de los países emisores, principalmente el Reino Unido y Alemania; justo a la inversa de lo que sucede en las llamadas migraciones económicas (Meñaca, 2007).

---

<sup>107</sup> Una de las estrategias en internet fue usar el motor de búsqueda de *yahoo*, que permite recibir en el correo electrónico los archivos que vaya localizando a partir de las palabras claves que se escriben. De modo que aleatoriamente me iban llegando documentos de todo tipo: artículos, noticias e incluso libros. En internet también encontré mucha de la llamada literatura gris, es decir, aquella documentación que no se publica de forma convencional como libro o como artículo de revista, y que abraza un considerable y significativo número de textos de gran importancia en el ámbito científico y técnico.



**Figura 5.** Mapa conceptual de la terminología en español sobre la migración internacional de personas mayores.  
Fuente: Elaboración propia



**Figura 6.** Mapa conceptual de la terminología en inglés sobre la migración internacional de personas mayores.  
 Fuente: Elaboración propia

La mayor parte de la literatura extranjera es anglosajona, pero no por una particular querencia sino por ser la de mayor despliegue y accesibilidad. Las limitaciones lingüísticas no han permitido acceder a otras literaturas como la alemana. También cabe señalar con respecto a las fuentes documentales consultadas, que parte de la literatura disponible, también en inglés, son informes de asesoramiento a migrantes en materias de derechos y deberes, como el de Help the Aged (Mullan, 1992) y los de Age Concern y colaboradores (1993).

En uno de los campos temáticos, el problema para ampliar el horizonte teórico lo tuvo una “e”. Esta vocal retrasó en años el mayor conocimiento de la literatura sobre Antropología y personas mayores, el envejecimiento y la gerontología crítica. Mis búsquedas bibliográficas sobre *Ageing studies* empezaron en el Sheffield Institute for Studies on Ageing (SISA), pero en Estados Unidos pude comprobar que toda la literatura que había encontrado en el Reino Unido sobre envejecimiento era incompleta. Las búsquedas a partir del término “*ageing*” no recogían los trabajos escritos sobre “*aging*”, que es la variante norteamericana para nombrar el envejecimiento. El retraso fue importante porque el término “*ageing*” era un término clave para conformar mi perspectiva teórica y epistemológica.

Otra de las fuentes documentales fueron los registros. En uno de los hospitales, previa autorización,<sup>108</sup> pude acceder a un registro que recogía el cómputo mensual de pacientes extranjeros ingresados según nacionalidad y servicio. Una información que solicitamos arbitrariamente para tener un dato más sobre la presencia de migrantes europeos. A veces no era sencillo pedirlo pues nadie más lo pedía y no todo el personal de administración sabía extraerlo del ordenador.

Los medios de comunicación, sobre todo la prensa escrita, también han formado parte importante del horizonte de datos. No sólo para conocer la repercusión mediática de la presencia de migrantes jubilados en España y de fenómenos adyacentes a esta migración, sino porque a partir de la prensa y de revistas para extranjeros también hemos accedido a sus intereses, opiniones y diatribas. El seguimiento sistemático de la prensa local y nacional; la prensa inglesa como *The Guardian* o *The Telegraph* durante la estancia en el Reino Unido; los periódicos y magazines específicos para residentes europeos en lengua inglesa;<sup>109</sup> y prensa y revistas sanitarias, han aportado datos con los que seguir armando el poliédrico escenario que envuelve mis intereses.

---

<sup>108</sup> Véase anexo 5, pág. 457.

<sup>109</sup> Magazines: *Time Out*, *The Jungle Drums*, *Mediterranean Life*, *the Xpat*, *Campo*, *The Inland Magazine*, *Costa Blanca Life*, otros: *Svenska Magazine*. Periódicos para extranjeros: *Costa Blanca South*, *Leader*, *Round Town News*, *The Southern Costa Blanca Leader*, *The Coast Rider*. Otros: *Viking Posten*.

Por último, el material audiovisual también ha servido de ayuda para aportar más datos sobre el contexto. Visiones y denuncias, como algunos de los videos encontrados en la página de videos *youtube*; o miradas particulares sobre el fenómeno, como un corto que por, capricho de la globalización, localicé estando en San Francisco, en un festival de cortos hechos por mujeres. Este documental había sido realizado por una alemana, Carolin Schmitz (2006), y bajo el título “Benidorm” hablaba sobre extranjeros jubilados que se desplazan a dicho lugar para disfrutar del sol y de otras actividades. Otros documentos figurativos como vallas publicitarias, mapas, planos, carteles también se incorporaron a la información recolectada como información discursiva de gran valor para el análisis de las representaciones.

### **3.7. Herramientas para el procesamiento y el análisis**

La información cualitativa recogida ha seguido unos pasos para el procesamiento, el análisis y la posterior explotación de resultados. La organización, categorización de contenidos y triangulación informativa se han hecho a partir del programa informático de análisis cualitativo MAXQDA. En el mismo se vaciaron tanto las transcripciones de las entrevistas, grupos de discusión y diario de campo, como otros documentos como noticias. Los códigos a partir de los cuales se asigna cada unidad de contenido se hicieron corresponder con las unidades de análisis y otras categorías temáticas útiles, creadas al efecto, con el fin de recuperar la información recogida. Una vez organizado el contenido en categorías, se procedió a la triangulación de datos y a su análisis. El programa SPSS de análisis estadístico también fue utilizado no sólo para la entrada de datos sino para organizar la información recabada en los cuestionarios, para explotar la información con un análisis multivariable, extraer frecuencias y elaborar gráficas.

El trabajo de análisis se ha llevado a cabo de forma paralela al trabajo de campo para poder ir reformulando los presupuestos de partida y guiar mejor la obtención de información. El examen de las fuentes primarias se ha ido complementando con lecturas y otras fuentes informativas que colaboraran en conformar una mirada más amplia de los procesos estudiados.

### 3.8. El objeto de estudio a estudio. Etnografías del ocio ¿etnografías ociosas?

La Antropología es una forma holística y comparativa de acceder a la comprensión de la realidad a partir de los hechos etnográficos. Es lo que define la “mirada antropológica”, a propósito de cual María Isabel Jociles afirma que “no existen temas u objetos de estudio propios o exclusivos de la Antropología y tampoco existen técnicas ‘antropológicas’” (1999:7). En su opinión lo que permite aceptar una investigación como antropológica “no es el recurrir a un procedimiento, a un campo, a una técnica o un conjunto de técnicas determinado, sino el uso que de ellas hace un investigador que se ha formado una mirada que consideramos antropológica y que las sitúa en una situación etnográfica” (Ibíd.). Una investigación antropológica sabemos que no viene definida por unos temas, sino por una perspectiva analítica y una metodología. Pero la ideología también va marcando la elección de unas técnicas, unas poblaciones y unos temas, al tiempo que obviando otros, y cargando de valores distintos a unos y a otros.

Al comienzo de la investigación, era recurrente que a la respuesta sobre el tema de mi tesis, el interlocutor en cuestión acompañara a mi explicación su visión estereotipada y en ocasiones edaísta de los migrantes de retiro. Obviamente no recibía las sanciones positivas por el estudio de marginalidades o subalternidades (o las que son consideradas como tales), pero además se mostraban las expectativas de que mi estudio sacara a la luz las que se consideran sus prácticas de abuso de los recursos. Unas respuestas que nos recuerdan que en la investigación antropológica influyen elementos y expectativas que van dando forma al tipo o al estatus de conocimiento que perseguimos.

Resulta curioso comprobar cómo algunas de las antropólogas que han llevado a cabo etnografías sobre inmigrantes de retiro en España, han vivido situaciones similares. En ellas encontramos referencias a que tanto el tema de estudio como el destino, no eran considerados “suficientemente antropológicos”. En el caso de O’Reilly y Oliver hay que situarse en el Reino Unido, su contexto de procedencia, donde el rito de pasaje como antropóloga requiere de un bautismo antropológico distinto y más distante. O’Reilly (2000) comenta cómo la explicación de cuál iba a ser su estudio a otros colegas era recibida con risas o con comentarios como el que señalaba que su estudio era una buena excusa para pasar un año al sol. Desde la misma experiencia, Oliver<sup>110</sup> cree que este tipo de consideraciones tenían que ver con el hecho de que su investigación no estaba situada en un lugar exótico ni distante. En mi caso, no se me solicitaba como antropóloga una traducción cultural, o dar cuenta de

---

<sup>110</sup> Comunicación personal.

los procesos de agencia, como se acostumbra con otros grupos migrantes; sino que como “española”, desde una supuesta clase más baja que la de ellos, se me animaba a corroborar los estereotipos existentes. De alguna manera el objeto de estudio me obligaba a tomar partido ante una situación vista por algunas personas como una neocolonización.

Aunque la migración de clases medias está establecida como categoría, es preciso señalar que está poco documentada (Pink, 2000:101). Los estudios antropológicos sobre las élites y las capas medias de la sociedad, son significativamente escasos en proporción al estudio de oprimidos y marginados una vez que se abandonaron las realidades exóticas y alejadas. Esta tendencia se ha interpretado como el mantenimiento de una construcción del objeto de estudio, que tiende a buscar el exotismo y las diferencias en lugar de acercarse a las realidades más cercanas y frecuentes, a pesar de que las apariencias engañan (Pujadas, 2004:306).

La Antropología, históricamente, ha ido intentando revisar algunas perspectivas derivadas de los -ismos como son: el androcentrismo, el etnocentrismo, el sociocentrismo o el adultocentrismo que, inevitablemente, conducían a ciertos temas y enfoques, y no a otros. No obstante, parece que en las investigaciones antropológicas siguen pesando algunos índices de pureza que guardan relación con unos temas o sectores sociales, a unos contextos espaciales, a un modo de hacer etnografía y a unos objetos de estudio:

“La tendencia a asignar a los antropólogos -y de muchos antropólogos a asumirlas como propias- tareas de inventariado, tipificación y escrutamiento de ‘sectores conflictivos’ de la sociedad -a saber, inmigrantes, sectarios, jóvenes, gitanos, enfermos, marginados, etc.- demostraría la inclinación a hacer de la antropología de las sociedades industrializadas una especie de ciencia de las anomalías y las desviaciones” (Delgado, 1999:10).

Los factores autobiográficos, los contextos sociopolíticos y las tendencias según disciplinas académicas, son las que dan preeminencia a unos intereses sobre otros; donde las subvenciones para un perfil concreto de investigaciones hacen el resto. Pero es preciso reconocer que los campos de estudio también están moldeados socioculturalmente, y es por ello que la inmigración de retiro no tiene los mismos réditos que la inmigración entendida como tal. En la Academia en general y, en particular, en Antropología, los estudios e investigaciones han esquivado el análisis de la inmigración de retiro en consonancia con el desinterés de la Academia por el fenómeno turístico (Mazón, 2001:20; en Aledo, 2005:169). El turismo era entendido como una actividad propia de las clases burguesas que ejercitaban una nueva forma de imperialismo sobre los países menos desarrollados. Cuando la clase obrera europea empezó a hacer turismo, éste se consideró una actividad alienante ya que distraía de la



lucha de clases. Los pocos investigadores que estudiaban el fenómeno turístico, o lo interpretaban como una nueva forma de neocolonialización o, en su caso, eran criticados por hacer ideología de la clase burguesa (Aledo, 2005:169-170).

Estos discursos muestran el calado del imaginario social a la hora de definir objetos de estudio. Y sea porque no ha habido suficiente extrañamiento en el ámbito europeo, por la aparente poca sustancia del tema, por su aproblemización o, simplemente, por su halo *naïf* aparentemente exento de sulbalternidad, la inmigración de retiro no ha sido un objeto muy atractivo de investigación antropológica. No obstante cerraremos este apartado recordando las palabras de Britt-Marie Thurén sobre la necesidad de fijar nuestra mirada analítica en otras esferas:

“Han pasado ya treinta años desde que Laura Nader publicó su artículo sobre ‘*study up*’, la necesidad de dirigir la mirada antropológica hacia arriba, hacia los escalones altos de las jerarquías, hacia los sectores poderosos de la sociedad. Los antropólogos que tengan, tengamos, una intención crítica no pueden, no podemos contentarnos con ‘dar voz a’ o ‘apoyar’ o ‘hablar por’ los grupos débiles del mundo, sino debemos también recabar conocimientos acerca de los que rigen los destinos de todos. Incluso para los fines meramente descriptivos resulta necesario incluir todos los niveles de la sociedad; si queremos entender todo tipo de organización humana, no podemos excluir unos sectores específicos sólo porque son los que tienen los medios para ocultarse de nuestros ojos curiosos. Hay que estudiar hacia arriba, no sólo hacia abajo o hacia los lados, o nuestros conocimientos resultarán parciales y tal vez perversos” (Thurén, 2005:187).

### 3.9. Reflexiones desde la etnografía

Cada etnografía es singular no sólo por su objeto de estudio sino por la particular coyuntura sociocultural y personal en la que se ha desenvuelto. Así como una etnografía nos remite a las características de la sociedad en la que se genera, quien investiga también forma parte integrante de la etnografía que presenta. El relato de estos marcos referenciales permite dar cuenta de las condiciones tanto sociales como personales del trabajo de campo como producción del conocimiento. En el marco de autocrítica, reflexividad<sup>111</sup> y experimentación de los debates sobre etnografía de los últimos años, voy a relatar algunos de los elementos significativos de la situación y la relación etnográfica. Una información relevante para situar nuestros trabajos, que también permite el análisis crítico de los métodos, técnicas y estrategias que tentamos en el lugar de estudio. Asimismo lo experimentado puede transformarse en una importante fuente de datos, y en una herramienta útil para la reflexión teórica. Abordaré estos aspectos con respecto a la etnografía en el servicio de urgencias para, a continuación, pasar a reflexionar sobre el estudio de la inmigración internacional de retiro.

---

<sup>111</sup> Entendemos reflexividad como aplicación del relativismo y la reflexión de los propios análisis sociales/etnográficos como del método, en donde tan importante es señalar quién recoge, quién interactúa y quién enuncia (Romero, 2006).

### *Servicio de urgencias, el dominio del pasar*

La experiencia de campo en el servicio hospitalario de urgencias se convirtió en un desafío continuo. Un escenario caracterizado por su inestabilidad, aleatoriedad y fugacidad espoleada por ritmos prestos, en donde se hace difícil ubicarse en su trama y, como antropóloga, aprehender los hechos etnográficos. Pero dichas peculiaridades y las dificultades experimentadas para llevar a cabo el trabajo de campo fueron, precisamente, las que me llevaron a reformular los presupuestos metodológicos de partida, a fijar especial atención al propio espacio y a sus usos, así como a reflexionar sobre el desempeño etnográfico en este tipo de contextos sanitarios. Mari Ángeles Durán afirma que “los servicios de urgencias son laboratorios sociales privilegiados, en cuanto que reúnen en el mismo escenario el desorden y el intento de ordenarlo” (2002:242). Por lo que, a pesar de las trabas que supone etnografiar en una institución y en un espacio de lo transitorio, traté de persuadirme en la afirmación de Oscar Guasch de que “sólo tras definir lo deseable puede señalarse lo posible” (1997:38).

Aspectos de orden teórico, metodológico y ético asoman en contextos sanitarios como el de urgencias en donde el tiempo y el espacio son recursos escasos. En un dominio espaciotemporal y sociocultural que escapa al orden, al control y a la estabilidad; donde se hace difícil permanecer a menos que se sea paciente, acompañante o miembro del personal sociosanitario. Sin embargo, las mismas dificultades que se experimentan para llevar a cabo un trabajo de campo en urgencias, se convierten en elocuentes coordenadas del lugar. Nos permiten entender cuáles son sus funciones, el sentido que orienta sus dinámicas, qué y quién tiene cabida en su escenario, así como las raíces de los conflictos que acontecen a diario.

El acceso al ámbito hospitalario para el desempeño etnográfico no suele ser una tarea fácil. Prueba de ello es la errática producción de estudios sobre hospitales y, en consecuencia, la escasa reflexión sobre las cuestiones de orden metodológico. Para Sjaak Van der Geest y Kaja Finkler (2004:2), el recelo de las autoridades hospitalarias de tener observadores en su entorno explicaría este vacío. No obstante, cabe señalar que los hospitales no son entidades biomédicas ubicuas, sino que también están atravesadas por factores culturales que las diferencian. Ejemplo de ello es que en “Occidente”<sup>112</sup> la importancia de la privacidad y la confidencialidad es mucho mayor que en África y en Asia. Características que guardan relación con la mayor protección del *staff* de los observadores externos en los países occidentales (Ibíd. 2004:7).

Decidí presentarme más o menos como lo que era: una estudiante que quería realizar una investigación doctoral desde la Antropología de la medicina sobre el

---

<sup>112</sup> Comillas de los autores.

impacto de la presencia de inmigrantes en los servicios de urgencias, pues quería que vincularan mis intereses a la Academia. Puse el acento en lo que suponía para el trabajo de los profesionales, pues lo que principalmente me interesaba era aprehender sus representaciones y sus prácticas hacia los pacientes inmigrantes. Sin embargo, la fluidez de personas, la fugacidad de los acontecimientos y las cadencias profesionales, hicieron que en multitud de ocasiones me tuviera que volver presentar explicando quién era, solicitar de nuevo permiso para permanecer, y justificar mi inoperancia asistencial frente a pacientes y familiares.

Entre los profesionales me tenían por investigadora, conversadora, antropóloga o estudiante dependiendo la persona o la situación. Un administrativo que entró a consulta miró mi libreta y dijo: “Cuando estáis en el último año tendríais que volver al parvulario a caligrafía”. En unos despertaba simpatía como novedad; para otros suponía el desahogo a sus quejas como posible relatora de la situación de sus condiciones de trabajo; y para otros, su aprendiz. A muchos les resulté muy útil por la cuestión idiomática con el inglés, para mí también fue un recurso muy oportuno para poder permanecer con alguna función asociada. Pero había quienes me observaban con recelo, con sorna o con indiferencia. De hecho, uno de los médicos, usando la ironía para mandar a un compañero a trabajar, dirá: “Doctor Ibáñez, hay que producir que hoy no eres antropólogo de guardia”.<sup>113</sup> Una clara alusión a cómo era concebida mi participación en ese contexto. Algunos médicos bromearon alguna vez que igual, de quienes estaba tomando nota era de ellos y no de los pacientes.

El servicio de urgencias es un escenario en donde se desarrollan múltiples tramas que se mezclan entre sí, en donde espacio, tiempo y protagonistas cambian continuamente. En este contexto de eventualidades se hace necesario buscar referentes estables en los espacios, tiempos y personal. Así se hace necesario aprehender la distribución espacial del servicio, sus ciclos temporales, las funciones del personal, las jerarquías de poder. Un escenario especialmente ajeno si, como en mi caso, no se es sanitaria. Desde la extrañeza, la torpeza, el sentimiento de estar de más, junto a la abrumadora estimulación de lo que acontecía, me incomodaba ser inoperante en el espacio por excelencia del malestar y del estrés.

---

<sup>113</sup> La ironía solía aparecer en sus conversaciones, un ejemplo de ello era la repetición de la expresión: “*¡Hay que producir!*” Esta frase está relacionada con los ítems cuantitativos que ha de conseguir el servicio para que los sanitarios perciban una retribución adicional. Un incentivo que muestra como, por un lado, toda administración que se precie plantea a nivel de discurso de intenciones un modelo comprensivo en cuanto a metas a alcanzar pero, sin embargo, actúa de facto a tenor de consideraciones económicas o de conexión con otros sectores de la vida social; optando por actuaciones que se puedan reflejar en resultados más mensurables y cuantificables (Uribe, 1996:36).

### Capítulo 3. Objetivos, hipótesis y metodología

La observación, como uno de los cometidos del quehacer antropológico, chirría en un lugar donde prima la actuación o la estoica espera. En este fluir cambiante los hechos etnográficos se escapaban al registro, los informantes a las entrevistas, y ni yo misma sabía dónde situarme; de modo que opté por considerar mi propia pérdida como fuente de discusión teórica articulando a modo de proceso inseguridades, dudas, datos y argumentos. ¿Cuál iba a ser mi lugar? ¿Cuál podía ser mi legitimación allí si no era de los que hacían, de los que padecían, ni de los que acompañaban? La sensación de estar fuera de lugar se funde con la de estar fuera de tiempo. La estructura del espacio me era inasequible pues no acababa de distinguir los límites y funciones de cada zona. Los distintos profesionales cambiaban en cada turno formando tres veces al día una combinación distinta, los usuarios tampoco permanecían mucho más de un día. Suponía una nueva entrada al campo cada día, pues si bien el continente era el mismo, no lo era el contenido. Tenía la sensación de no poder captar ninguna referencia, ninguna permanencia a la que aferrarme hasta que la casualidad hizo que pudiera ser la sombra de una enfermera, el llamado efecto *shadowing*.<sup>114</sup>

En la consulta de urgencias es donde mejor se manifiesta la confrontación y la negociación entre las diferentes racionalidades del profesional y del no profesional, donde se requiere más necesidad de interacción, y donde se puede encontrar mayor variabilidad de pacientes y de malestares. Es el contexto por excelencia de la liminalidad entre lo hospitalario y lo cotidiano, metáfora de las relaciones entre lo biomédico y lo social. Además de ser, dentro de las posibilidades, el lugar más óptimo en donde pude organizar mi presencia de manera continuada.

Me dieron una bata blanca para que pudiera deambular “libremente” por el espacio hospitalario y no me confundieran con una paciente o familiar. La bata blanca constituyó el salvoconducto para poder estar cerca del personal, y que mi presencia no chirriara ni provocara incomodidad o susceptibilidades entre los que se atendían. Aunque llevar la bata blanca supone investirse en unos atributos y funciones de las cuales es difícil desembarazarse. Asumir la bata blanca, es asumir, al menos en parte, la asociación a los miembros del *staff*; el pasaje para permanecer en determinados escenarios pero también su peaje.

Mi interés se centraba principalmente en los sanitarios y en su relación con los usuarios inmigrantes, así es que la bata era imprescindible para poder estar presente en los espacios de atención. Sin embargo, la identificación de los pacientes de mi persona como perteneciente al *staff* no siempre resultó deseable. Desplazarme por el espacio de

---

<sup>114</sup> Este término hace referencia al acompañamiento antropológico durante el trabajo de campo, a “ser la sombra” de nuestros informantes.

urgencias (especialmente si estaba desbordado de gente) identificada como miembro de los que “son–saben” y “hacen”,<sup>115</sup> supuso ser solicitada continuamente para toda suerte de necesidades que normalmente no podía cubrir y que comprometía, tanto con los trabajadores como con los usuarios, mi permanencia en el campo. Hay que tener en cuenta que en este hospital todavía no llevaban inscrita en la bata o pijama su identificación profesional. Si atendía a la demanda acudiendo a los verdaderos sanitarios se podían provocar conflictos y, si no, daba la impresión ante el paciente de que el personal sanitario no atendía sus demandas. Ante esa situación, opté por combinar las respuestas, transmitir la demanda, o bien explicarles que no era sanitaria. Aunque en otras muchas ocasiones, ante la duda, adopté la incómoda estrategia del disimulo.

No quería parecer intrusiva con actitudes o comportamientos con algunos pacientes, que ellos pudieran tomar como reproche a su desafectación y a sus prisas; ni cargante, preguntando y comentando cada vez que tenían tiempo libre; tampoco espía, al observar con demasiada avidez cómo lidiaban las situaciones. Para el personal resultó realmente difícil entender qué se podía extraer de allí haciendo lo que yo hacía, y desde la disciplina bajo la que me presentaba. En urgencias, donde lo emocional no puede tener cabida, a mí me desbordaba. En una ocasión tuve que salir de la sala al no poder reprimir las lágrimas durante la cura un señor mayor que venía con la oreja desgarrada. El personal hacía bromas. Me impresionó como manipulaban su cuerpo, como si fuera inerte, materia a remedar. Me llevó a reflexionar sobre las representaciones de la violencia, pues nadie se planteó la posibilidad de que el desgarramiento fuera fruto de maltrato, a diferencia de la sensibilización hacia el maltrato infantil o la violencia de género es mayor. Pero también me hizo entender que la necesidad de escapatoria del personal ante la sobresaturación de malestares y el nivel de estrés, es la distancia emocional, la frialdad, el “humor sanitario”. Un humor difícil de reír cuando no estás acostumbrada a trivializar determinadas situaciones y más, cuando vienen hechas desde una posición de poder.<sup>116</sup>

---

<sup>115</sup> “En los países industrializados, la medicina ha buscado su hegemonía a partir de tratar de asegurar su monopolio total sobre el sector salud y para ello ha construido un discurso que divide a la población en dos sectores irreductibles: *los que saben*, y *los que no saben*, los *profesionales* y los *legos* o *profanos*” (Comelles, 1994: 32).

<sup>116</sup> Para una comparación de etnografías en distintos hospitales y los problemas metodológicos, véase Beatriz Tosal et al. (2007).

### *Migración de retiro: parte de su experiencia*

Desde los años sesenta el panorama internacional de la etnografía ha cambiado paralelamente al proceso de descolonización mundial. En esta nueva situación se ha producido un repliegue de los antropólogos hacia el estudio de realidades socioculturales próximas, un nuevo horizonte en el quehacer antropológico que ha recibido el nombre de *anthropology at home* (Pujadas, 2004:54-55). Pero ¿qué sucede cuando aquí y allí están contenidos tanto de “home” y “away”? (Knowles, 2000:54). ¿Cómo distinguir las posiciones con respecto al lugar cuando tanto se experimenta la posición *insider* como de *outsider*? El contexto de la inmigración de retiro en la Costa Blanca, área de estudio y donde resido, es parte de estas paradojas en un mundo interconectado en donde la cultura no es una entidad autocontenida ni un lugar delimitado.

Han cambiado las relaciones y los flujos, y no es extraño que la población de estudio sea igual o más móvil que el mismo etnógrafo. El incremento de la movilidad de la población coincide con un periodo de introspección crítica en la Antropología, que ha resultado en la reevaluación de convenciones y asunciones establecidas durante mucho tiempo como la territorialización del concepto de cultura (Hastrup and Olwig, 1997:4; en Amit, 2000:13). Lo cercano y lo distante, lo propio y lo ajeno, queda difuso por los contextos transnacionales en donde los sujetos de investigación se mueven. Pero el lugar de estudio, entidad discreta, ha sido tradicionalmente uno de los marcadores de estatus en la disciplina antropológica. La distancia y el exotismo han sido un valor que sigue en alza, especialmente en algunos países como Estados Unidos<sup>117</sup> y el Reino Unido. Y desde la Antropología se han utilizado los signos exteriores del tránsito de un lugar a otro como la validación de un contraste que más que físico es, principalmente, experiencial y cognitivo (Rapport: 2000:72).

En este trabajo de investigación la inmersión en el campo no implicó grandes distancias ni cambios de residencia, pero determinados entornos no podría tampoco calificarnos como mi “hogar”, ni a mí como nativa de ellos, aunque no fuera la extranjera. Si la categoría *at home* la tomamos desde un punto de vista territorial de destino cuando de un estudio sobre migraciones se trata, en ese caso yo sería la autóctona. Pero si consideramos los contextos socioculturales, materiales y simbólicos de encuentro y de asociación de los lugares de retiro, mi categoría de autóctona se desvanecía para pasar a ser parte de la experiencia de mis informantes, mejor integrados en sus comunidades deslocalizadas que yo misma. ¿Quién es nativo en una

---

<sup>117</sup> En mi estancia en Berkeley en el 2007 pude comprobar la importancia del “dónde” al observar que una de las imágenes que presidía la biblioteca del departamento de antropología era un mapamundi en donde estaban señalados los recónditos lugares en los que sus investigadores habían desarrollado trabajo de campo.

urbanización de mayoría británica en Alicante en donde la mayor parte de comercios y servicios son regentados por y para estos nacionales? ¿Quién es quien está mejor integrada a ellos? Se podría decir que los escenarios físicos de observación de mi investigación sobre inmigración de retiro han sido cercanos si los medimos por tiempo, por kilómetros o por delimitaciones administrativas, puesto que el único límite establecido que cruzaba para llegar a ellos era el comarcal. Sin embargo la distancia cultural experimentada una vez me hallaba en el campo, no es reducible a los minutos, a los kilómetros y a las fronteras que mediaban para acceder a los distintos escenarios del mismo.

Más allá de los contextos locales o las comunidades en las que tradicionalmente se han inscrito las investigaciones antropológicas, la de extranjeros jubilados en este caso define una comunidad no tanto desde el punto de vista territorial sino entendida como construcción social, como comunidad de reconocimiento, como aquella que señala la pertenencia a la comunidad multinacional de europeos, la de jubilados *avant la lettre*, o la inglesa *expat community*, pero en el sentido de comunidad imaginada (Anderson, 1991; en O'Reilly, 2000). Los lugares de concentración de personas de retiro son habitualmente las urbanizaciones y algunos pueblos pequeños. No sólo se trata de enclaves geográficos dentro de un municipio, sino que suponen entornos en los que se experimenta un verdadero extrañamiento cultural difícil de comparar por su singularidad, a otros referentes como pudieran ser los barrios, los enclaves étnicos, o las “*retirement communities*” de Estados Unidos. Moverse por este tipo de urbanizaciones es toda una experiencia de adaptabilidad a un entorno urbanístico distinto, a un *ethnoscape* diverso, a unos horarios, unos productos, unos usos y costumbres diferentes y de distintos orígenes. Una multiplicidad de sintonías y extrañamientos en un mismo territorio, que no pueden ser abarcados por algunas de las categorías duales herederas de las convenciones antropológicas. A ello hay que añadir que el privilegio epistemológico de la distancia no sólo se puede entender en términos geográficos. De hecho, mi distancia tenía que ver con otros elementos como la nacionalidad o la edad.

Conocer la inmigración de retiro desde algunos de sus escenarios más evidentes (urbanizaciones, espacios sociales, recreativos y comerciales) no es tarea difícil. Basta con saber dónde están y desplazarse allí. Una vez allí, el paisaje social buscado asoma al transitar las calles y al utilizar los distintos servicios dirigidos a la variedad de nacionales noreuropeos. Con estas incursiones ya se puede experimentar el extrañamiento social y situacional que suponen estos enclaves surgidos en las líneas de costa. Lo que resulta más difícil es entrar en las vidas de los migrantes y en su cotidianidad, uno de mis principales intereses. Las principales dificultades de acceso

residían en la dificultad para situarme en un rol y en una posición congruente dada mi edad, mi nacionalidad y mi cometido. La edad suponía un escollo por la distancia experiencial y, a su vez, mi rol de antropóloga española despertaba cierto recelo ante la sospecha de que pudieran ser sujetos de inspección.<sup>118</sup> Ni mi edad, ni mi nacionalidad (en su expresión fenotípica), ni mi interés podían ser eludidos; de modo que utilicé varias estrategias simultáneas con distintas personas en escenarios diferentes para lograr un número de interlocutores con los que iniciar las entrevistas para, a partir de ellas, utilizar sus redes y lograr más informantes.

En el trabajo de campo combiné la observación participante en los distintos escenarios de migración de retiro, en eventos por y para extranjeros, y en algunos de los países de origen, junto con las entrevistas y la relación con un grupo de informantes con los que mantenía más contacto. Esa relación más personal suponía llegar hasta donde me permitiera el celo de sus reservas y su intimidad. Sus propias casas fueron los espacios habituales para las entrevistas, pero otros de los lugares compartidos con ellos fueron los bares. Las visitas a sus hogares se justificaban por las entrevistas y, posteriormente, en algunos casos se pudieron mantener con otros propósitos, o ser yo misma quien les recibiera en mi ciudad para hacerles de cicerone. Otro grupo de informantes fueron los que conocí mientras estaban hospitalizados, con los que no continué directamente la relación, pero de quienes me mantuve informada a través de sus amigos.

La construcción de mi vínculo social con ellos fue a partir de varios flancos: del rol de investigadora cercana, como centro de recursos e información de todo tipo sobre Alicante y la “vida española”; como amiga española, con sus connotaciones simbólicas de integración al lugar; como apoyo, en mi faceta de traductora lingüística y cultural; como confidente; o como organizadora de su tiempo (cuestión que abordaremos en el capítulo octavo). La amistad con una española era interpretada como un valor que yo utilizaba al cambio para darles autenticidad a su experiencia española, al tiempo que yo recibía su tiempo y sus narrativas. Tanto mis interlocutores como yo pasamos de ser informantes a performantes en una experiencia intersubjetiva de intercambio e interacción, en donde yo era la encarnación de “lo español” y “lo local”. Mi persona se convirtió en vehículo para su conexión con el contexto. Vistos desde mi perspectiva eran inmigrantes; mientras que yo para ellos, parte de su experiencia de traslado y vida española. Ellos eran los sujetos de estudio, pero yo representaba el objeto cultural de su traslado.

---

<sup>118</sup> Suele suceder que ante el miedo a ser descubiertos por la falta de algún documento, o ante la evasión de tasas, etc. rehúsen a participar en investigaciones.



El hecho de ser una investigadora española interesada en la vida de extranjeros del norte, no sólo daba un contexto a mis preguntas y a sus respuestas, sino a sus preguntas y a mis respuestas. El interés por indagar no sólo era mío, sino que la mayoría de mis interlocutores me demandaban información de todo tipo sobre la vida en España o en la provincia. Las dudas sobre cuestiones prácticas se sumaban al interés antropológico por la “identidad española” y otros aspectos culturales. Esta situación me permitía convertir los encuentros en intercambios recíprocos de saber y experiencia, así como establecer el *rapport* a partir de sus necesidades aun a pesar de las diferencias de edad. Las entrevistas respondían a una necesidad mutua de información y, por parte de algunos de ellos, de comunicación, de hacerles más real la experiencia de estar en España. Pero mi posición “simbólica” de nativa me hacía una informante privilegiada del contexto que ellos querían descubrir, y que querían a su vez descubrir a sus familiares, amigos, y a sus vecinos extranjeros.

En ocasiones era consciente de que me exponía, que les rellenaba su experiencia española; me autocaricaturizaba para ellos transformándome en metáfora de la esencia española. Les llevaba alimentos típicos, les explicaba fiestas tradicionales, hablábamos de tópicos locales y nacionales e incluso me permitía llegar tarde a sabiendas de su indulgencia puesto que, incluso eso, les afirmaba mi origen y confirmaba el *spanish lifestyle*. En los entornos de retiro ir acompañada de alguien extranjero, me abría el paso y hacía que se me otorgara confianza. Para ellos, ir conmigo en espacios de mayoría española hacía que les invisibilizaran dirigiéndose a mí, o que les legitimaran y les tomaran “más en serio”.

En nuestros encuentros tenía que evitar que las preguntas destilaran censura y problematizaran de partida su migración o sus vidas. Me demandaban que les diera información sobre el porqué del malestar de algunos españoles, y que les tradujera culturalmente ese rechazo. De este modo no sólo yo les iba conociendo sino que conocían a través de mí, y nos reconocíamos en nuestras respectivas búsquedas cuyas fuentes de información estaban encarnadas en nosotros. Reincorporada como vehiculadora de sentidos, como informante privilegiada, me dejé llevar en mis múltiples papeles.

El conocimiento tiene un carácter situado, investigamos desde unas coordenadas geopolíticas y nos cuestionamos aquello que nos apela cultural y personalmente. Mi madre siempre ha dicho: “*Quan erem menuts tot era pal’s pares; i ara que ens hem fet grans, tot es pal’s fills, i a mosatros quan mos toca*”.<sup>119</sup> Mis padres son

---

<sup>119</sup> “Cuando éramos pequeños todo era para nuestros padres y, ahora que somos mayores, todo es para nuestros hijos, y a nosotros ¿cuándo nos toca?”

### Capítulo 3. Objetivos, hipótesis y metodología

parte de la generación bisagra de quienes han cuidado a sus padres y de quienes no saben si van a recibir el cuidado de sus hijas e hijos. Una ruptura generacional a la que no he podido sustraerme en mis indagaciones, y que motivaron que me interesara en qué hacía que las personas migrantes “prescindieran” de la atención de su prole. Sin embargo, el envejecimiento, la edad, la salud, *los cuidados* o las relaciones familiares, no son temas fáciles de hablar en un contexto de retiro, cuando la migración pretende ser una respuesta en positivo a las ansiedades de la incertidumbre y el desarraigo. Es más difícil todavía si las preguntas sobre el futuro las hace alguien con treinta años menos. A veces sentía que hacía un abuso de edad, puesto que mi pregunta estaba incrustada en mi posición de edad y mi entorno familiar, supuestamente cercano, por mi condición de española. Si bien, mi relación con los informantes vino mediatizada precisamente por los elementos que más me diferenciaban de ellos, esto es, mi pertenencia a la sociedad española y mi edad. Es desde estas posiciones contrastadas desde donde se construyó la relación social y etnográfica con ellos.



## 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención socio sanitaria

La percepción social de la inmigración en la provincia de Alicante y su utilización política es claramente selectiva. Allá por el año 2005, se anunciaba una nueva línea marítima entre Alicante y el norte de África. Las declaraciones generadas al respecto mostraban, una vez más, que la mirada hacia la población que conforma la sociedad alicantina y que utiliza los recursos públicos es parcial; que la imagen sobre los que somos, residimos y consumimos bienes públicos está sesgada. El Teniente Alcalde del Ayuntamiento de Alicante advirtió en distintas tribunas de la amenaza que esta línea iba a suponer para los servicios socio sanitarios locales. Los peligros de los que advertía a su feudo se referían a un aumento de las colas y a la sobresaturación de los servicios.<sup>120</sup> Por aquel entonces la inmigración ya era un tema mediático, y sobre ella se había dejado caer la responsabilidad de toda suerte de problemáticas sociales como el colapso de los servicios socio sanitarios, la inseguridad ciudadana o los desfases educativos en las aulas. No obstante, ya se alzaban voces que planteaban la demagogia contenida en este tipo de invectivas contra la inmigración, su intención electoralista y su irresponsabilidad social.

Por contraste, pero en consonancia con la ambivalencia que se ha tenido desde estas latitudes para según qué rutas y qué viajeros, esos mismos años se celebraba que las compañías aéreas *low cost* aterrizaran en el aeropuerto alicantino de El Altet. En el estreno de esas conexiones a bajo coste del norte y centro de Europa a España, ni siquiera se mencionó qué impacto social podría tener la llegada de extranjeros; sólo se

---

<sup>120</sup> Diario *Información*, 1/02/2005.

resaltaron las ganancias que podría reportar en el sector turístico y nuestra posibilidad de ser más europeos. Entre los extranjeros que iban a beneficiarse de estas nuevas líneas estaban los inmigrantes de retiro, una población que reside desde hace décadas en las costas españolas y que, sin embargo, ha pasado bastante desapercibida para la sociedad, la política y la academia.

Alicante, al igual que otros de los numerosos enclaves del Mediterráneo español, es encrucijada de múltiples movilidades. El dispositivo sociosanitario reúne esta variedad de los que son nombrados como antónimos al autóctono, ya sean turistas, *guiris*, *chanos*,<sup>121</sup> inmigrantes o extranjeros. Una población altamente diversa en lo que a procedencias y perfiles sociales refiere. Pero mientras que en la política y en los medios de comunicación la “inmigración” se sobredimensiona, los considerados “extranjeros” permanecen opacos al conocimiento y al margen del devenir social. No aparecen en el imaginario como problema, pero reaparecen como realidad somática en unos servicios sanitarios desbordados. Esta segmentación tiene especial relevancia en la provincia de Alicante, donde la pluralidad de perfiles de los usuarios de los dispositivos sanitarios excede las imágenes que de la “inmigración” se tienen. Las consecuencias de la parcialización de la realidad social inmigrada se pueden observar en la falta de adecuación de políticas, recursos y estrategias ajustadas a la gestión de la diversidad cultural en el ámbito de la atención a la salud. Ante una población que ni es considerada autóctona ni forma parte del imaginario de la inmigración, que escapa de los esquemas sociales que definen quiénes habitan un territorio, cabe reflexionar sobre cómo prever los recursos necesarios para su atención.

Este capítulo se compone con la suma de una serie de diapositivas de distintos contextos sanitarios del sur de la provincia de Alicante. En ellas trataremos de contrastar esta visión parcial y segmentada que de la población inmigrada se tiene. Un sesgo que no nos permite reconocer unos usuarios que se han ampliado no sólo cuantitativa sino cualitativamente. Unas demandas que son diferenciales y que reclaman de otro tipo de recursos materiales y humanos. La pretensión no es tanto recolectar información sobre la población extranjera usuaria de los servicios, sino reconocer los filtros con los que los profesionales asumen la inmigración de retiro, y cuáles son los problemas que los distintos dispositivos definen en su atención.

Comenzaremos dando cuenta de la complejidad y diversidad de la demanda en el servicio hospitalario de urgencias del Hospital Mare Nostrum. Más allá de su función, este servicio es una composición de paisajes sociales y culturales diversos de la movilidad. Sirve de laboratorio social de observación de la inmigración en plural y

---

<sup>121</sup> Forma local de llamar a los extranjeros en la comarca del Bajo Segura.

#### Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención sociosanitaria

de los efectos que tiene no contemplarla en su conjunto. Un escenario privilegiado que nos permite conocer la heterogeneidad social de la zona, explorar las manifestaciones de la inmigración en el ámbito sanitario, y dar cuenta de las representaciones y prácticas que el personal sociosanitario reelabora en su relación con la diversidad inmigrada. Prestaremos especial atención a la mirada que sobre la población jubilada europea se tiene, por ser un colectivo que no suele ser considerado cuando de inmigración y salud se habla, y exploraremos cómo es valorada su presencia en los distintos establecimientos sanitarios en donde su densidad numérica y/o simbólica es relevante.

##### 4.1. “Atendemos a todos por igual”

Cuando al personal del servicio hospitalario de urgencias del *Mare Nostrum* se le pregunta por la inmigración suelen aparecer dos constantes en sus respuestas. Por un lado, se pide aclaración del tipo de inmigración al que nos referimos; y por otro, se afirma que “en urgencias atendemos a todos por igual” o que “se atienden igual que el resto”. Esta podría ser la carta de presentación de este servicio en el que, a diferencia de otros, la inmigración no tiene un sentido unívoco. Donde para describir la geografía atendida, se hace necesario matizar la movilidad a la que nos referimos. Un servicio que trata de distinguirse de otros por lo que conlleva su lema de atención universal, aunque éste se enarbole como un mandato: “Es una cosa que está asumida, todo lo que viene hay que verlo y ya está”,<sup>122</sup> resumía Pepe, administrativo de recepción.

Desde hace más de una década, el servicio de urgencias del *Mare Nostrum* ha visto como la cantidad y variedad de orígenes, lenguas, y requerimientos de la población que atiende se han ampliado considerablemente. Es una demanda muy heterogénea condensada en el espacio físico y simbólico de urgencias, referente médico y social de la asistencia. Este servicio es la representación paradigmática y aséptica de la atención puntual, reparadora y eficaz ante la enfermedad. Aunque paradójicamente se materializa en una práctica asistencial cuyas referencias van más allá de lo biomédico. Unas prácticas que, precisamente por la escasez de tiempo que disponen para escuchar las narrativas de los pacientes, necesitan apoyarse en los sentidos sociales para completar la información sobre lo que ven y poder actuar. Unos

---

<sup>122</sup> Las personas inmigrantes, inscritas en el Padrón Municipal del municipio correspondiente, gozan de asistencia sanitaria pública, prestada por la Agencia Valenciana de la Salud, en las mismas condiciones que los valencianos. La Conselleria de Sanidad acreditará el derecho a las prestaciones sanitarias de las personas, con independencia de su situación de residencia en la Comunitat Valenciana, a menores de 18 años y a mujeres embarazadas. Asimismo, la Conselleria de Sanidad, acreditará el derecho a la asistencia sanitaria a los extranjeros que se encuentren en el territorio de la Comunitat Valenciana, cuando justifiquen la ausencia de recursos económicos suficientes y no puedan acreditar el requisito de residencia en la misma. (Plan Director de Inmigración y Convivencia 2008-2011, 2008: 26).

malestares que también vienen imbuidos de lógicas socioculturales, que conectan con la complejidad de lo que acontece fuera sintetizada en una demanda de salud. Las demandas en urgencias resultan ser una suma de prioridades entre el enfermo, su entorno social y la institución sanitaria (Durán, 2002:235), un escenario social donde subyacen muchos de los conflictos que se dan entre los diferentes modelos de explicación y gestión de la enfermedad.

Durante el trabajo de campo, el *Mare Nostrum* era el único hospital que atendía a toda la población de los veintisiete municipios del área de salud. Un paisaje social que con el transcurso de los años había aumentado exponencialmente debido a la inmigración laboral, el turismo residencial y la población flotante fruto de los movimientos turísticos.<sup>123</sup>

El centro empezó a funcionar en 1990 tras la fuerte presión social ejercida por la población de la comarca, que reivindicaba un hospital que cubriera las necesidades asistenciales de la zona. Se dispusieron recursos sanitarios en relación a la población estable de ese momento, es decir, la censada, pero años después se tuvieron que realizar tareas de ampliación ya que resultaban escasos para la población real de la comarca, no toda empadronada. Las cifras de entonces señalaban que el hospital sólo contaba con 360 plazas de ingreso para los más de 290.000 usuarios registrados en el área sanitaria. Su aparición en prensa era continua, y no por la onomástica de sus dieciséis años en funcionamiento, sino por la falta de camas, los colapsos en urgencias y los abandonos del personal médico.<sup>124</sup> Una situación que a día de hoy todavía no se ha resuelto.

---

<sup>123</sup> La economía de la zona en la que se ubica el hospital, al sur de la provincia de Alicante, se ha sustentado desde hace décadas en la producción hortofrutícola, así como en la pesca y en la producción de sal. Debido a las buenas condiciones del litoral, el turismo se ha convertido en la otra gran actividad económica de la zona. Tanto el turismo como la agricultura han potenciado un movimiento de población considerable en relación a estas dos actividades. El empuje turístico ha generado un paisaje nuevo en donde adosados, urbanizaciones, campos de golf y grúas, pasan a competir en espacio y paisaje con los cultivos.

<sup>124</sup> Algunos titulares de prensa de la época eran: “Sanidad deriva pacientes a siete hospitales para aliviar la saturación del comarcal” (*Información*, 22/01/2005); “La falta de camas en urgencias obliga a siete pacientes a esperar en ambulancias hasta dos horas” (*Información*, 15/02/2005); “Más de 50 pacientes esperan en los pasillo de Urgencias para ser trasladados a planta” (*Información*, 06/01/2005); “El 50% de los médicos de Urgencias está buscando plaza en otros centros” (*Información*, 23/01/2005); El Hospital Comarcal registra un número de camas tres veces inferior a la media nacional” (*Información*, 20/02/2005); “CCOO denuncia que el colapso en el Hospital obliga a inducir partos en camillas” (*Información*, 20/01/2005), “Una mujer da a luz en un sillón ante la falta de camas de espera” (*Información*, 27/01/2005).

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención socio sanitaria*

##### *Escenarios de la saturación*

En la sala de descanso, mientras toma un café, una auxiliar manifiesta aborrecer su trabajo. Ella y sus compañeras parecen cansadas. Como otros, días las enfermeras, celadoras y auxiliares se reúnen en la sala para fumar, y hablan de bombones, de kilos y de la cantidad de gente que había ayer. Marisol, enfermera, dice que había atendido en esa tarde a 75 personas, pero Antonio, médico, no está de acuerdo. Según él, nunca se había atendido a tantos. Como no se ponen de acuerdo, Antonio termina sacando el libro de registro con las pegatinas para ver quién de los dos tiene razón. Tras hacer cuentas salen 65 pacientes. Otro día, los números ascienden a 80 pacientes vistos en una mañana. El ritmo es frenético. Pilar, enfermera, me cuenta cómo los extranjeros han ido aumentando a lo largo de los años. Cuando le pregunto cuánto tiempo lleva en urgencias me responde que “demasiados”, aunque el número concreto son 5 años. Dice que desde que está aquí le ha salido acné. Nuria y Fidel, ambos médicos, también han notado cambios en su cuerpo desde que trabajan en este servicio.

La queja generalizada entre el personal del servicio y los usuarios se centra en la gran cantidad de gente que hay para atender y los pocos recursos para hacerlo. Para los trabajadores esto se traduce en la densidad de las horas laborales y en la precariedad de los medios, mientras que para los pacientes y sus familiares se materializa en la lentitud doliente e incierta del tiempo que va pasando sin ser atendidos y, en muchos casos, ni siquiera entendidos. Una de las imágenes del desconcierto es la sordidez de unos pasillos abarrotados por quienes, en larga espera, aguardan a ser subidos a planta. Para los usuarios faltan médicos, para los trabajadores no sólo falta personal, sino que también sobra gente por culpa del mal uso del servicio. Como sucede en todos los servicios de urgencias, los médicos y enfermería consideran que muchas de las demandas que les llegan, tanto de inmigrantes como de autóctonos, son inadecuadas pues tendrían que haber acudido a los centros de salud.<sup>125</sup> La presencia de inmigrantes en urgencias suele relacionarse con la falta de información sobre el funcionamiento del sistema, pero no siempre se debe a ello, sino que es reflejo de las barreras de acceso que se dan en otras instancias, así como un ejercicio de optimización de los recursos disponibles.<sup>126</sup>

---

<sup>125</sup> Gran parte de los problemas y tensiones sociales que acompañan a los servicios de urgencia derivan de las distintas pautas temporales de sanitarios y usuarios. El tiempo profesional y las rigideces burocráticas chocan con el tiempo social y personal, pues no siempre se dispone de sustitutos para las actividades habituales y, el cese de estas actividades puede tener consecuencias relevantes para el sujeto y su entorno que no son tenidas en cuenta (Durán, 2002:236). Mientras para el enfermo y los familiares la situación es vivida en primera persona, para el personal, los pacientes forman parte de un flujo constante casi despersonalizado. Se convierten en un goteo con un ritmo y unos ciclos esperables y, al tiempo, imprevisibles.

<sup>126</sup> Las barreras de acceso pueden ser resultado del precario funcionamiento de otros estadios anteriores como



El aumento de los tiempos de espera y la falta de camas en planta hace que el servicio de urgencias, receptáculo de lo eventual y dominio del “pasar”, acabe convirtiéndose en un lugar del “estar”, más propio de una planta del hospital. Para Rosa, que trabaja como auxiliar en este servicio desde hace bastantes años, este embudo humano en urgencias se resumía en que antes sólo se repartía jamón york y queso, mientras que ahora tienen que hacer un menú variado cada día. Esta situación de precariedad del hospital y sus manifestaciones en el servicio de urgencias eran el escenario, no sólo material sino anímico, de las relaciones entre el personal sociosanitario y la población inmigrante de las que pretendía dar cuenta en mi investigación.

A pesar del cambio drástico que la inmigración ha supuesto en el volumen asistencial que se atiende, los inmigrantes no son presentados como causantes de las deficiencias, sino como una contingencia más de un centro falto de recursos e insuficiente para atender a toda la población de la zona. Parece que los intentos de formación y sensibilización al sector salud en estos temas tienen algo que ver en ello. La inmigración que ya llevaba tiempo entrando por las puertas de urgencias ahora también lo hacía en congresos, publicaciones o en las agendas de cursos del EVES (Escuela Valenciana de Estudios para la Salud) y otras entidades. Como resultado, se han desmitificado algunas prenociones, aprendido ciertos repertorios de lo cultural y desarrollado un sentido crítico, o al menos políticamente correcto, en la atención a la inmigración tanto a nivel asistencial como de investigación.

Algunos miembros del personal de urgencias comentan los estudios que han llevado a cabo en relación con la inmigración y la tuberculosis, las agresiones o el tabaquismo. Antonia, la supervisora de enfermería había presentado meses atrás un trabajo en el que querían valorar la repercusión de la inmigración en la activación de la tuberculosis, hecho que se venía constatando. No obstante, tuvieron que refutar la hipótesis de que fuera la inmigración la causante: “Pensábamos que era por la inmigración, hicimos el trabajo y resulta que no. Que nosotros ya estábamos echándole la culpa a todo lo que venía de fuera”. Miguel, uno de los médicos de urgencias, comenta que ellos mismos echaron para atrás un estudio que querían realizar sobre las agresiones. Pensaron que al vincular inmigración y agresiones se les podría tachar de racistas. Sara, médica del servicio, también tiene un trabajo sobre inmigrantes en neumología que está pendiente de publicar. Cuando le pregunto a qué

---

las demoras en las tarjetas solidarias, la indefinición administrativa, la carencia de derechos laborales, la falta de servicios para la dependencia o por problemas lingüísticos. A veces se “puentea” la Atención Primaria porque la experiencia es que siempre terminan enviándoles al hospital. En otras ocasiones, urgencias es una manera más rápida de conseguir pruebas complementarias o intervenciones. Es decir, a veces no es que no conozcan el sistema, sino que lo conocen demasiado.

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención socio sanitaria*

inmigrantes se refiere, reflexiona en voz alta diciendo que más bien son extranjeros, la mayoría europeos, ya que el tabaco era pieza clave de su estudio y los “moros no fuman”.

Otra de las investigaciones en marcha es un registro de las distintas nacionalidades atendidas en urgencias ginecológicas y partos. Su pretensión es valorar el cambio que la inmigración ha supuesto en un servicio por el cual ya han pasado mujeres de 51 nacionalidades diferentes. Paloma, antropóloga y enfermera promotora de este estudio, comprende que a sus compañeros de urgencias la inmigración no les parezca un problema en sí mismo, sobre todo si se tiene en cuenta que faltan cosas tan básicas como camas o empapadores.

La falta de recursos articula las quejas pero también los debates en torno a la inmigración. Uno de estos debates lo protagonizan Tino, enfermero, y Antonio, médico. Discuten, en forma bucle, sobre la concepción de “lo que hay”. Tanto para Tino, como para Antonio, el impacto de la población inmigrante es indudable, pero en lo que no coinciden es en la lectura de lo que significa esa realidad y en las distintas formas de entender y actuar sobre “lo que hay”. Tino opina que hay que arreglar las cosas para que los inmigrantes puedan ser atendidos en condiciones óptimas. Considera que la oferta se tiene que adecuar a “lo que hay”, esto es, a la presencia del usuario inmigrante. Mientras que Antonio no relaciona “lo que hay” con la población inmigrante sino con la escasez de recursos para atenderla, por lo que juzga que las propuestas de su compañero son insostenibles. Tino reconoce la presencia de un segmento de la población ante el cual reclama más recursos, mientras que Antonio lo que reconoce es la escasez de recursos y la imposibilidad de que se cubran las demandas de la población presente.

Aun no existiendo un discurso ni médico ni mediático que utilice a los inmigrantes de la zona como chivos expiatorios del caos hospitalario, dicho sea de paso, un recurso de oportunismo muy tentador, la inmigración es uno de los temas recurrentes de conversación entre el personal de urgencias. La concentración de la inmigración en urgencias se manifiesta, especialmente en las salas de espera y pasillos, con una materialidad ineludible. Los inmigrantes se erigen en imágenes encarnadas de la saturación hospitalaria y del cambio económico y demográfico acontecido en la comarca. En las salas de (larga) espera, verdadero muestrario de la variedad de procedencias y perfiles migratorios, se pueden escudriñar rostros en los que reconocerse o distinguirse mientras se aguarda el turno. Una concentración que también se extiende a los pasillos abarrotados de gente, de pie o encamada; otros

tantos en sillas y, junto a ellos, sus acompañantes.<sup>127</sup> Gran parte de quienes suelen permanecer en los pasillos son personas mayores, entre ellos jubilados extranjeros pendientes de ingreso. Es en estas situaciones de espera y de escasez cuando algunos de los profesionales hacen un balance respecto a las legitimidades de autóctonos y los alóctonos, y se posicionan dirigiendo su empatía hacia los de aquí. José, enfermero, lo expresa así:

“Este hospital está teniendo un área de población mayor de la que debería por la inmigración y por la gente desplazada, entonces pues, repercute. Choca un poco así con tu ánimo cuando ves el típico agüelito de aquí de la zona que toda la vida ha estado trabajando, y que cae malo y tiene que ingresar y se tiene que tirar dos días en el pasillo. Entonces eso te fastidia un poquito en el sentido de que, ¡joder! sin embargo éste lleva aquí dos meses en España y sí que tendrá todas las etiquetas y a lo mejor va a subir a la planta y va a estar ingresado quince días y además le van a hacer cien mil pruebas y el agüete ese pues tiene que... digamos que choca en ese sentido. O igual que el típico inmigrante marroquí que viene porque le duele la garganta, consume diez minutos para atenderse un dolor de garganta mientras que alguien con dolor tiene que estar esperando, pero tienen que mirarlo por si es algo más importante, pero cuando no lo tienen pues fastidia, que gente más grave tenga que esperar por otra que hace mala utilización”.

A pesar de las quejas por la presencia del anciano español en el pasillo, esta situación es en ocasiones el resultado de una discriminación positiva. Quedarte en el pasillo significa que no te han derivado a otra localidad más lejana de modo que tus familiares pueden estar cerca. Una suerte en la que los autóctonos juegan con ventaja. Ante la falta de camas la supervisora de enfermería reconoce que “se empieza a sacar primero a los extranjeros, porque los de la zona que viven aquí, que se queden aquí”.

En la sala de espera los usuarios no sólo esperan sino que también desesperan. El ambiente se tensa con protestas por los retrasos y con desconfianza por el orden de entrada establecido. Ante esas citaciones el personal de enfermería sólo puede animar a que la gente rellene los impresos de quejas, pues ellos también se ven afectados por la misma situación. A pesar del agotamiento, Marisol, decide seguir dando respuestas en la sala de espera, al contrario que uno de sus compañeros que desde que fue agredido, ya no sale a dar explicaciones. Muchos profesionales se quejan de que no sólo tienen que trabajar en unas condiciones pésimas sino que encima la gente es desagradecida. Un enfermero mayor lamenta que la gente ya no haga regalos, que a los médicos privados todavía, pero que a ellos en urgencias si les cae algo, es una denuncia.

---

<sup>127</sup> El único día en el que no había camas en los pasillos fue el día en el que vino el Conseller a hacer una visita. La política y la estética siempre han ido de la mano y las camas en los pasillos de los hospitales no son un buen fondo de foto.

*Los márgenes del “nosotros”: Inmigrantes, extranjeros y de Madrid para arriba*

En las urgencias ginecológicas se cuenta sistemáticamente el número de inmigrantes atendidas para cumplimentar el estudio citado, pero en los demás servicios se hacen cálculos a ojo, donde tanto valen las cifras como las imágenes del exceso. Las ambulancias formulan sus propias estadísticas; así, de dos o tres traslados a domicilio de españoles, estiman que había unos diez de extranjeros. Virginia, médica residente del primer año, me invita a que haga una foto a la mesa donde tiene esparcidas las historias clínicas para que constate que el 90% de las mismas son de extranjeros. Marisol y Miguel intentan afinar juntos el número de inmigrantes que habitualmente atienden, porque en lo que están totalmente de acuerdo es que hay tanto de “esto” como de “lo otro”. Según Ramiro, médico veterano del hospital, siempre ha habido inmigrantes. La diferencia es que ahora hay cada vez más de todo, “de inmigrantes, de extranjeros y de Madrid para arriba”. La consideración de la inmigración no sólo es construida desde una dimensión étnica sino que se reconocen también otras dimensiones políticas, económicas y sociales.

El servicio de urgencias del Mare Nostrum aglutina distintos perfiles socioculturales, etarios, y lingüísticos a partir de los cuales el personal sociosanitario tiene organizadas sus tipologías migratorias. Una clasificación creada a partir de la información que los encuentros fugaces de urgencias permiten, y los significados sociales sobre la inmigración completan. Los grupos principales, ambos representados bajo la figura del *exceso*, se expresan dividiendo a los usuarios internacionales según sus perfiles y según motivaciones migratorias, entre inmigrantes y extranjeros, entre los que vienen a trabajar y los que vienen a disfrutar (López de Lera, 1995). Los pertenecientes a otras comunidades autónomas, principalmente jubilados, forman parte de la tercera categoría resaltada. Si bien éstos no se tienen por extranjeros tampoco se consideran parte de la población autóctona.

El turismo estacional y residencial de personas de Madrid, País Vasco u otras comunidades autónomas del interior es desde hace décadas otro de los flujos identificables en la provincia de Alicante. Un movimiento poblacional que a escala regional despierta debates económicos sobre la cuestión de la compensación entre territorios del Estado, así como otras controversias sociales de carácter identitario. La costa alicantina ha sido objeto de ironía al considerarse la playa de Madrid, y “los madrileños” uno de sus tipos habituales, de retrato no muy halagüeño, que ocupan estas playas. Una versión doméstica del inglés, un reflejo de las relaciones de poder entre centros y periferias. Los jubilados de otras comunidades autónomas, junto a

turistas y residentes europeos sin tarjeta sanitaria SIP<sup>128</sup> se agrupan en la misma categoría con la que la Agencia Valenciana de Salud intenta gestionar el derecho a la atención en la movilidad. La terminología sanitaria les denomina “desplazados”. Una etiqueta con la que se refiere no sólo a la gestión autonómica de los sistemas sanitarios en el Estado español, sino que también funciona como referente cultural de identidad territorial que delimita por oposición, quiénes pertenecen y quiénes no a unos recursos dados. Este término, aplicable a una diversidad de orígenes y situaciones, muestra la complejidad de las delimitaciones administrativas intranacionales e internacionales ante la movilidad de las personas, y la dificultad para gestionar recursos y definir a las poblaciones de derecho.

Los distintos grupos de inmigrantes que a menudo se señalan se pueden sintetizar en dos: los que vienen a trabajar y los que vienen a hacer turismo o a pasar la jubilación. Este segundo tipo tiene otra forma de expresión no nacional sino topográfica, congruente con la demarcación del turismo. Desde el plano comarcal se traza una diferencia entre los del interior de los de la costa, para apuntar la mala gestión y distribución de los recursos. Es en este sentido que una enfermera va a explicar el retraso acumulado a quienes aguardan nerviosos en la sala de espera: “El problema es que éste es un hospital comarcal y está atendiendo lo de la costa”. El interior es identificado con los originarios, mientras que la costa es otro territorio definido por su uso, el turismo, y relacionado por tanto con los foráneos. El interior y la costa son referentes distintos de paisajes y vidas, pero la mercantilización de la costa más allá de lo estival y más allá de la franja litoral ha hecho más difusa esta frontera. El agotamiento del territorio costero ha traído consigo que la figura del turista residencial y las urbanizaciones también estén presentes en las zonas de interior, las llamadas, en términos turísticos, segundas y terceras líneas de costa. El norte de Europa ya no se asoma al sur de Alicante sólo en verano ni sólo en la costa. Municipios que nunca se consideraron ni costeros ni turísticos han entrado a formar parte de la oferta de sol y tradición del Mediterráneo y, en consecuencia, parte de la población usuaria de los servicios de salud.

---

<sup>128</sup> La Tarjeta Sanitaria es el elemento efectivo de identificación de cada ciudadano y de acreditación del tipo de servicios y de prestaciones sanitarias que legalmente e individualmente tenga reconocidas en la Comunidad Valenciana. La información contenida en la misma se extrae de los datos recogidos por el Sistema de Información Poblacional de la *Conselleria de Sanitat*. La Tarjeta Sanitaria acredita el nivel de prestaciones sanitarias públicas que cada ciudadano tiene legalmente reconocida frente al Sistema Nacional de Salud en virtud de la normativa de aseguramiento vigente en cada momento. Estar en posesión de la Tarjeta Sanitaria SIP no implica tener reconocido el derecho a prestaciones sanitarias públicas. Las Tarjetas Sanitarias Individuales emitidas por la *Conselleria de Sanitat*, no modificarán, si fuera el caso, la obligación de sus titulares o de terceros de asumir el coste de la asistencia sanitaria proporcionada por el sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana (<http://www.san.gva.es/>).

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención socio sanitaria*

El discurso sanitario organiza a la población en grupos, según su legitimidad para el consumo de unos recursos percibidos como limitados. La categoría inmigrante se convierte así en un concepto paraguas con el que no sólo se está definiendo a la inmigración desde su componente étnico, sino que con ella se diseña el marco del “nosotros” frente a la diversidad inmigrada, tanto en términos sociales, simbólicos, territoriales como administrativos. Aun tratándose de urgencias, las pertenencias de la población usuaria son tan relevantes como las pertinencias de las demandas. Los orígenes de quienes son atendidos se entienden desde el consumo de unos recursos de servicios y bienes que son escasos. Por ello, el ámbito de lo ajeno, de los que encarnan la extranjería, cubre tanto a quienes vienen de otros países como de otras comunidades autónomas; a quienes despliegan determinadas actividades en la zona; o también a quienes, aunque no son inmigrantes, son considerados fuera del engranaje sociocultural del “nosotros” como sucede con los gitanos. Los gitanos aparecen como la coletilla de los discursos sobre los inmigrantes, como otro más de los colectivos que se “aprovechan” de la sanidad.<sup>129</sup>

Los servicios de urgencias se convierten en espacios generativos de otredad en donde se articula y se gestiona la diferencia, se dirimen identidades, pertenencias y pertinencias que van más allá del par inmigrante-autóctono. Las categorías que funcionan a nivel mediático, en los entornos de lo real son inservibles para explicar la diversidad que acontece y los distintos conflictos que surgen. A mayor precariedad, más subtipos para definir por exclusión al sujeto legítimo de recursos.

#### *Taxonomías biomédicas de la inmigración*

La mirada biomédica nunca es meramente biológica. Los portadores de malestares son cuerpos marcados, y sus signos tienen asociados significados culturales. Cuando el cuerpo enuncia la extranjería, la edad, el sexo, la clase o, por el contrario, confunde estas nociones, se activan imaginarios colectivos que median en la relación sanitaria. Para Comas D'Argemir (2002:101), “la cultura no es algo que haga naturalmente diferentes a los grupos humanos, sino que es la necesidad de diferenciación la que conduce a utilizar rasgos de la cultura como marcadores de especificidad”. El sector socio sanitario agrupa la realidad en categorías culturales ya creadas, reactualizadas o de nueva factura para interpretar la realidad y colocarse operativamente frente a ella (Seppilli, 2000). Una tipología que remite a consideraciones tanto sociales como médicas, unos esquemas estereotipados actualizados a través del filtro sanitario que a

---

<sup>129</sup> Contaban, por ejemplo, que las gitanas embarazadas acuden diciendo que se han dado un golpe en la barriga para se les haga la ecografía y se les diga el sexo del bebé.

menudo desembocan en prejuicios que pueden interferir en la atención.

Haciendo un *collage* de las manifestaciones del personal de urgencias, vamos a recuperar los elementos con los que éstos configuran las categorías migratorias anteriores. Vamos a ver ahora cuál es el uso de lo cultural en urgencias. Una taxonomía<sup>130</sup> que deja entrever la complejidad de las configuraciones sociales y las distintas perspectivas de los sujetos implicados dependiendo de la posición que ocupan. Los grupos más presentes en los discursos sobre inmigrantes son “magrebíes”, “latinoamericanos”, “del Este” y “los extranjeros”, en referencia a los jubilados del norte de Europa. Sorprendentemente los datos sobre chinos o africanos son muy escasos. Aunque su presencia es menor, tampoco esto explica del todo su ausencia en los discursos.

Se considera que los “moros”, “magrebíes”, “marroquíes”, según algunas de sus denominaciones más habituales, suelen venir por “tonterías”, como dolor de estómago (relacionado por algunos con el Ramadán), dolores lumbares (por el trabajo en el campo), acidez, cuestiones oculares, por enfermedades venéreas (explicado en razón a que muchos son solteros), o por peleas y agresiones. Son caracterizados por quienes les atienden por no seguir los tratamientos, por llegar sin papeles y sin médico asignado, y por acudir a urgencias una vez terminada su jornada laboral. “Los moros piensan: es fin de semana o es día que no trabajamos, uno que habla español, y nos vamos todos”, afirma Marisol. Se critica que utilicen las urgencias como si se tratara de una consulta a demanda, así como sus protestas y su actitud de exigencia.

Los profesionales relacionan a los latinoamericanos con la tuberculosis y la sífilis. Los ecuatorianos son descritos, entre otras cosas, como especialistas en navaja y botellazos. Al igual que a los magrebíes, que se les asocia con consultas banales, agresiones, horarios “raros”, y por venir en grupo como si se tratara de una “consulta comunitaria”. Las razones argüidas se repiten: porque no quieren dejar de trabajar, por cuestiones legales y/o por falta de información sanitaria. Si bien con este colectivo el idioma no se considera un problema, hay quienes señalan que sí lo es su jerga y su modo de expresión de los malestares. Una médica los define como “hipermega exagerados, que piensas que es otra cosa y al final es una cefalea”.

A “los del Este” se les relaciona principalmente con el alcohol. Incluye rusos, lituanos, yugoslavos, polacos. “Los rusos son vodka, sangre, prostitución y mafia”, afirma Antonio. Sus consultas se sitúan sobre todo en traumatología como

---

<sup>130</sup> Las taxonomías ayudan a organizar lo que acontece, pero al tiempo emiten un discurso que fácilmente da un salto de la diferencia a la desigualdad, fundado sobre la base de la diferencia y legitimado al momento de ser creado. La taxonomía es una interpretación que media la aprehensión de la realidad, pero una cuestión taxonómica siempre está inmersa en la historia, vinculada a las relaciones de poder que constituyen el marco obligatorio en el cual se elabora su respuesta (Chappaz, 1995: 135, en Monnet, 2001).

#### Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención socio sanitaria

consecuencia de las peleas, apuñalamientos y tiros. Virginia, médica, apunta que los yugoslavos, lituanos y polacos por su raza y su cultura, vienen por cosas como puñaladas, heridas de arma blanca o fuego. Apoya su información en los testimonios de su primo, que es policía.

Los identificados como inmigrantes económicos extracomunitarios comparten el mismo discurso de lo legal/ilegal, en donde son recurrentes las alusiones a la tarjeta sanitaria o a “los papeles”. Por el contrario, los “extranjeros” comunitarios no son explicados desde el discurso de lo *legal* sino de lo *moral*. Así se hace referencia al descontrol implícito en sus estilos de vida, acumulador de factores de riesgo, y a la extensión degenerada del ocio en la vejez lejos de sus familias.

Respecto a los “extranjeros”, los jubilados del norte de Europa, puede que por mi mayor interés, por su importante presencia numérica y porque no reciben los réditos de la corrección política, los discursos van a ser mucho más extensos y detallados. Se resalta sobre todo a “los ingleses”.<sup>131</sup> En su perfil incluyen patologías de mayor gravedad que son relacionadas con sus edades avanzadas y sus nocivos estilos de vida. Así los definen, respectivamente José, enfermero, y Antonio, médico:

“Las patologías más graves suelen ser de los anglosajones, tienen muchos infartos, arritmias, patologías muy graves y que requieren muchos cuidados, y la mayoría de los que vienen son para ingresar (...) Yo creo que un 65-70% de los pacientes ingleses, anglosajones en general que vienen, acuden a urgencias, terminan ingresados o bien aquí o se trasladan al hospital de crónicos de San Vicente (...) Los anglosajones suelen tener muchas fracturas por intoxicaciones etílicas también, tanto hombres como mujeres. La mayoría que vienen a España vienen por el vino, el güisqui y la fiesta. Muchas de las intoxicaciones etílicas terminan en fracturas, porque se caen, se hacen heridas, y en patologías derivadas del alcoholismo. Suelen venir por las tardes sobre todo. Aparte, a veces son gente que vive sola”.

“Mucha patología de medicina interna, son cardiópatas la mayoría, broncópatas, problemas digestivos, toda clase de cosas... neurológicos. Esos son que han tenido en su país una ACV<sup>132</sup> o sea, una trombosis en la cabeza y se vienen, se han recuperado un poquito y se vienen aquí a lo que les quede. Pero la mayoría digamos vienen con patología importante de base. Allí sus médicos les recomiendan el clima caliente y la comida mediterránea. Entonces digamos que aparte de lo que les puede pasar como accidente de caerse, de emborracharse y darse una eso, fracturarse algo, vienen con mucha patología que a la larga se puede descompensar y requiere ingresos”.

La utilización del término *estilos de vida* por parte de la biomedicina para definir sus conductas y los factores que inciden en la salud de la población, es un ejercicio de traspaso de la responsabilidad respecto a su salud desde los sistemas sociales y sanitarios a ellos (Cockerham, 2002:120). Por lo que es una noción que adquiere un

---

<sup>131</sup> Como comentábamos en el capítulo de metodología, la palabra ingleses tiene un carácter específico, pero en el uso de la población española su carácter es aglutinador e incluye a toda persona procedente del Reino Unido o que hable inglés. Lo mismo sucede con el término “holandeses”, que aunque remite a una zona concreta, su uso se hace extensivo a todo ciudadano de los Países Bajos.

<sup>132</sup> Acrónimo de accidente cardiovascular.



carácter más normativizador que descriptivo. Cuando se destaca su ingesta de alcohol y otros excesos, se está enfatizando su alejamiento de los hábitos de salud definidos por la biomedicina como correctos (alimentación, ejercicio físico, etc.) y su incurrancia en conductas de riesgo. Unos parámetros en los que se ha obviado la dimensión histórica, social, cultural y política de la salud/enfermedad y atención (Haro, 2000: 150).<sup>133</sup>

Las apreciaciones hacia este colectivo son ambivalentes. Se considera que muchos de ellos se aprovechan de la cobertura de la sanidad española, por ejemplo, saltándose las listas de espera de sus países. Pero al tiempo, también se les presenta como víctimas de engaños por parte de otras personas que intentan sacar provecho de ellos y de su dinero. Entre ellos, médicos que les cobran en la consulta privada el traslado al hospital público “como si fuera suyo”, personas que les administran sus bienes o seguros y que les desahucian cuando sus enfermedades se complican y suponen muchos gastos. En los discursos, los jubilados son responsabilizados de su falta de salud y de los problemas que se generan en los procesos de atención en destino. Marcharse fuera de su país y de su familia a esas edades, sin hablar español, y ante la posibilidad de enfermar o de morir lejos, es valorado médicamente como un mal cálculo del riesgo y culturalmente como una insensatez.

Lejos de la imagen que habitualmente se proyecta de ellos como el rico europeo que nos coloniza, los relatos de esa asistencia suponen un verdadero contraste de representaciones. Las auxiliares como Candela y Rosa, aunque no sólo ellas, se explayan en los signos más corporales del abandono de estas personas mayores:

“Vienen sucios, vienen muy mal, la inmensa mayoría son cirrósicos y en un estado deplorable. A veces viene gente, que me imagino que son sus tutores, o yo que sé, se encargarán de sus herencias me imagino, pero que realmente ellos están muertos de miseria en sus casas (...) Yo le tengo que preguntar al tutor: ‘Vamos a ver, este señor ¿es que no tiene familiares?’ - ‘Sí, tiene sus hijos allí, yo les llamo.’ Y entonces yo: ‘¿Y entonces usted de qué se encarga?’ Porque se nota que la calidad de vida es pésima. Encima, en cuanto mal comidos y desnutridos que vienen, sucios, sucios, sucios”.

“Los inmigrantes no tienen nada, ni tienen agua, ni tienen nada. Horribles, malolientes, casi todos beben muchísimo, hija, es que yo no lo entiendo, tienen una afición por el alcohol. Pero bueno, esa gente que no tiene un duro, parece que lo entiendes más pero esta gente que viene con buenas pensiones, no entiendes por qué tienen esa calidad de vida (...) Les gusta mucho el alpiste, a la inmensa mayoría. Y ellos se ve que viven a su aire, ¿me entiendes lo que te quiero decir? (...) O sea, que hacen lo que les da la gana. ¿Por qué narices no se preocupan de su calidad de vida?”.

---

<sup>133</sup> Este concepto de “estilos de vida” ha sido criticado por su individualismo metodológico y su falta de relación con las condiciones estructurales desde las cuales estos hábitos se llevan a la práctica (Menéndez, 1998), así como por el riesgo de convertirse en una herramienta culpabilizadora de las desigualdades de salud que sufren las personas que no siguen sus postulados (Meñaca, 2007:58).

#### Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención sociosanitaria

Puede que estas narrativas tengan que ver con su parcela de trabajo en el proceso de la atención, pero parece que en sus descripciones también influye la posición social y la inversión de poder que se da al ser ellas quienes asisten a los jubilados de oro en su decadencia.

A los “ingleses” se les describe, por un lado, como educados y agradecidos, cuya utilización de las urgencias es correcta gracias a su afinidad con nuestra cultura sanitaria. Mientras que, por otro lado, se critica su soberbia y sus exigencias con respecto al idioma. Por contraste, a los nórdicos se les considera una población culta, conocedora de muchos idiomas, amable, y estoica con las esperas.

En la clasificación mostrada se hibridan rasgos somáticos con repertorios culturales<sup>134</sup> y procesos sociales, que son reflejo de la intersubjetividad de los profesionales con el entorno. Las categorías de la inmigración se reactualizan desde unas lógicas concretas en un ámbito asistencial dado, como es en este caso el de las urgencias hospitalarias. Un contexto caracterizado por la asistencia a muchos pacientes en poco tiempo. Pero a pesar de ello, o quizás precisamente por ello, su mirada hacia los que atienden está imbuida de nociones socioculturales que afectan a sus prácticas pretendidamente iguales para todos. Para ser eficaces en urgencias, donde no hay tiempo para conocer, tienen que activar mecanismos para *reconocer*. En este sentido, la presunción social es una de las herramientas médicas más utilizadas para saber cómo actuar y lograr anticipar un diagnóstico. Esto trae como consecuencia que algunos síntomas se subestimen según quien los presente. Más de una vez algún médico ha suspirado aliviado tras advertir a tiempo que lo que a priori pensaba que eran síntomas banales de un magrebí o latino a las que no había que prestar atención, había resultado ser algo serio que requería ingreso. Arancha cuenta que en dos ocasiones distintas en las que pensaba que iba a poder “despachar” rápido a dos usuarios, uno magrebí y otro ecuatoriano, tuvo que rectificar al descubrir que ninguno de los dos había venido “por tonterías”. Uno tenía la fiebre muy alta y el otro un absceso periamigdalino. Los esquemas culturales y las prenociones sociales favorecen la organización taxonómica de los posibles usuarios, pero también el riesgo de errar en la valoración diagnóstica porque se atiende a personas concretas, no a medias ponderadas de perfiles sociales ni epidemiológicos. El modelo de cultura tipológica que cosifica rasgos culturales estereotipados se muestra así como un factor de desigualdad y discriminación

---

<sup>134</sup> Los repertorios culturales son un acercamiento a la diversidad migratoria desde la consideración de la cultura como una suma de rasgos identificables y característicos de un grupo, habitualmente basados en el origen, la etnia o la adscripción religiosa, y que se mantienen de manera estable en sus miembros y dan sentido a sus acciones. Este proceder deriva en tipologías de otredad donde lo cultural se aísla de la intersección de otros factores sociales, económicos y políticos, reduciendo así la comprensión de los procesos de salud/enfermedad/atención.

(Comelles y Bernal, 2007). Asimismo la asistencia médica a la población inmigrante se legitima o deslegitima desde varios criterios: uno médico, que define desde este punto de vista qué demandas son pertinentes; otro legal, que delimita quiénes tienen derechos; y el último, moral, que señala quiénes son merecedores de asistencia.

### *Mosaico de la encrucijada*

Las urgencias son un lugar de paso en donde se producen relaciones efímeras, volátiles e inciertas entre desconocidos; en donde si bien los roles están definidos, las tensiones que surgen como consecuencia de las expectativas de cada uno de los participantes provocan una continua redefinición de los mismos. Esta es la rutina del personal de urgencias, una composición de diferentes acentos, rostros y marcos de sentido. La suma de múltiples fragmentos de lo humano, de quien demanda y de quien atiende. Un mosaico de la encrucijada migratoria hecho de retazos de vidas y malestares que, de manera ininterrumpida, asoman requiriendo atención urgente.

Veamos una selección de situaciones incluida en los párrafos siguientes donde se ilustran las relaciones del personal sanitario con la inmigración desde la perspectiva no de quien trata, sino desde la posición observadora de quien retrata.<sup>135</sup>

Un médico, Germán, atiende a un finlandés que el SAMU<sup>136</sup> ha recogido en el mercadillo. Ni él ni su pareja hablan castellano. Aunque éste muestra mucho malestar, le ha hecho la revisión y no ha visto nada. Germán está muy quemado, se siente impotente. Atiende con desgana, se esconde para hablar por el móvil, me mira con desconfianza.

A los dos guardas de seguridad que vigilan todo el hospital y el aparcamiento, les requieren en los *boxes* de urgencias. Una argentina ha lanzado una bandeja y está muy nerviosa. Confunde al personal con su hijo, dice que ella es la medicina y repite cosas como “canarito” y “buyate”. A falta de correas, los de seguridad la reducen, la celadora la ata con un rudimento hecho con vendas. Van a subirla a psiquiatría. Marisol alaba la técnica de los guardas para reducirla, aunque la pierna que se han olvidado de atar casi le alcanza la cara cuando se ha acercado a pincharla.

Un lituano entra encogido, se retuerce de dolor abdominal. Ha venido con otros compañeros de la construcción que hablan castellano. Cuando van a ponerle una sonda nasogástrica, los sanitarios invitan a los compañeros a salir del *box*<sup>137</sup> tal y como

---

<sup>135</sup> El grueso de los datos se ha tomado de las consultas generales del servicio de urgencias por haberse convertido en un lugar de encuentro de estas realidades migratorias heterogéneas, un lugar de condensación de experiencias, significados y prácticas; espejo de la realidad compleja de la inmigración en donde se revela lo social; en donde la complejidad desencadena elementos de crisis, visibilizando otros problemas sociales.

<sup>136</sup> Acrónimo de Servicio de Atención Médica Urgente.

<sup>137</sup> En un hospital, designa el compartimento que se reserva a los enfermos que necesitan ser ingresados en

#### Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención socio sanitaria

mandan las normas. El joven grita y se revuelve en la camilla mientras los sanitarios insisten en que no se mueva. Él no les entiende. Sudoroso intenta comunicar algo al personal, pero ante lo infructuoso de sus intentos, levanta la voz para que sus acompañantes que permanecen fuera a pie de cortina le escuchen. Les pide en su idioma que avisen a su madre. Según Marisol, todos los hombres preguntan por su madre. A ella, mi cicerone por urgencias, le gusta lo que hace. Estudió enfermería siendo mayor porque quería hacer algo, quería ayudar. Sabe inglés y francés. Éste último dice usarlo para hablar con los “moros”. Pero donde verdaderamente le gustaría trabajar es en el SAMU, “sentir que has estabilizado, que has salvado a alguien”. Suele hablar mucho con los pacientes, se considera del tipo de enfermeras a las que les gusta hablar, a las que les sale natural. El otro tipo de enfermeras son las técnicas, como su amigo Ismael, que “cuanto menos toque y cuanto menos hable, mejor”. Afirma, que hay a quienes incluso les da “asco”, como a algunos médicos que ni se acercan a los pacientes. Reconoce que trabajar en urgencias se ha hecho duro, tanto que incluso algunos médicos consumen cocaína, ella lo ha visto, pero lo entiende porque si no “¿cómo iban a aguantar?”.

Una ecuatoriana de 39 años entra en la consulta. Le duele mucho el estómago, le quema. Arancha, la médica, le pregunta si ha tenido fiebre. Ella no lo sabe. Otra paciente en cambio dice saber lo que le pasa porque tiene una prueba de ello. Viene a urgencias por un dolor en el costado. En casa ha hecho la prueba de ponerse una bolsa de agua donde le dolía, y el agua ha hervido confirmándole que tenía una piedra. Esto es lo que le ha contado a Arancha el chico que le acompaña y que le traduce. Mynoslava sonrío con cierto reparo cuando él traduce ese episodio. Los dos son de Ucrania, y él aprendió castellano viendo la tele.

Sara empieza a hablarle en inglés a un señor mayor de piel clara y mejillas sonrosadas. El señor que no ha entendido nada de lo que le ha dicho, le contesta en castellano. Resulta que es de aquí. En otra ocasión es la médica quien empieza a hablar en castellano a un señor pensando que por su aspecto es español, pero se trata de un jubilado inglés que reside junto a su pareja en una localidad cercana. Una de las cosas que comparten los extranjeros jubilados y los ancianos autóctonos es que los que les atienden se dirigen a ellos subiendo la voz.

Marisol bromea con el *spanGLISH* que le ha salido a Águeda, la médica, con el anterior paciente. Intenta también bromear con la pareja de ingleses que están en consulta señalando la barriga de él y diciéndoles “tapitas del bar, cerveza”, pero ellos están más bien serios, sobre todo la mujer. La dolencia del hombre no es para

bromear. Puede que el diagnóstico les trunque el sueño de retiro en España y tengan que replantearse su situación. Jane y Gordon han venido en taxi al hospital. Los taxistas no siempre quieren recoger a las personas mayores que se dirigen al hospital si perciben dificultades de movilidad o algún problema agudo, sobre todo si no van acompañadas por otras personas. Pasan de largo y así se evitan tener que ayudarles a bajar del taxi y acompañarles.

Ramiro le pregunta a un hombre de tez oscura y nombre de resonancias árabes si es de Marruecos, a lo que éste responde con un no tan rotundo que hace que Ramiro se disculpe. Es del Frente Polisario.<sup>138</sup> Esto hace que el médico tome más interés y le pregunte por su trabajo. Anestesiista es la respuesta. Ramiro se jacta de que ya sabía que “tenía que ser algo de eso” porque él, que es guitarrista, se fija mucho en las manos y ya había visto que tenía las uñas limpias.

Urgencias se convierte en un mosaico de microrrelatos que se encabalgan de forma anacrónica en el tiempo. Los que oigo, los que pregunto y los que me cuentan. Intento estar presente cuando se atiende a pacientes alóctonos, recojo los datos de referencia que maneja el personal administrativo y médico, y les pregunto en los intersticios de la consulta con la esperanza de arañarle un relato a un nombre de los de la etiqueta. Deambulo con la bata y a veces sin ella, y me camufló de blanco, el color de los que asisten y los que saben, para poder permanecer en las consultas en calidad de observadora y conversadora. No me puedo eliminar de la escena porque soy parte de ella y coagente de lo que sucede. Los referentes de un lado son médico, enfermera, administrativos; y de otro, una inglesa, un marroquí, un nórdico... Los profesionales intentan saber qué les pasa, reconocer lo aprendido, desvelar el signo. Yo quiero conocer el contexto, saber quiénes son, todos, tanto inmigrantes como profesionales. Hay quienes recuerdan el motivo de mi presencia allí y colaboran en que tenga material. Cuando me voy a marchar Pilar, enfermera, me dice que ha llegado una “chinita”. Me invita a que me asome, y “la que huele a restaurante chino, esa es”. Ella cree que viene a estas horas porque es cuando cierran el restaurante. En otra ocasión, también a punto de marcharme, Fidel, médico, va a colar a Yanko para que yo pueda estar presente.

Acaban de reñir a Lourdes, residente de tercer año, por ir atrasada con los pacientes. Se queja de que en urgencias no se puede hacer una buena historia clínica: “Te hacen pensar que eres lenta; pero es el pan nuestro de cada día, y eso deprime”. Trabajan mucho y rápido, es lo que Ramiro llama trabajar “robotizado”.

---

<sup>138</sup> El Frente Polisario es un movimiento político y militar del Sahara Occidental que trabaja para su independencia de Marruecos y la autodeterminación del pueblo saharauí.

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención sociosanitaria*

Es el turno de una pareja mayor. Él tiene 72 años, es de Burgos pero actualmente vive en Bilbao junto a su esposa. Con ella emigró a Alemania, donde vivieron 18 años. Vienen aquí para pasar los meses de invierno en un clima más suave. Marcello, de 76 años, también vive aquí por temporadas, pero en su caso entre Suecia y España. Invita a Clara, la médica, a que lea las hojas que trae de su médico en Suecia, diciéndole en su rudimentario español, “mira, que sí entenderás”. Marcello regresa en una semana a Suecia y no volverá hasta el invierno, así es que Clara modifica lo que tenía pensado y le hace un escrito para que se lo presente al médico de su país. Clara también atiende a una inglesa de 53 años que viene por un dolor torácico. Trae consigo una hoja de una clínica privada ubicada en su urbanización, una de las más grandes y con más extranjeros. Para auscultarla le piden que se desnude. Ella pregunta dos veces si se tiene que quitar el sujetador. Ante la respuesta afirmativa, se lo quita azorada. Esta escena me recuerda a Mario, enfermero, que me había dicho que las extranjeras, entendiéndolas noreuropeas, son menos pudorosas. Que a diferencia de las “abuelitas de aquí” que se tapan con las manos los pechos, las extranjeras se desnudan enseguida sin ningún tipo de problema. Tras la cortina le dice a la médica que fuma tres cajetillas de tabaco y bebe media botella de vodka al día. Clara la envía a su hospital de referencia para que la vean allí. Nos pregunta si allí hablan inglés, y yo le respondo que quizás.

La presión de lo urgente y el volumen de actividad modulan el tipo de atención que procuran y la percepción de la realidad. Sus respuestas son una guía estereotipada para identificar y actuar rápido y sin emoción. Va a ser esta misma idea de premura la que les permite obviar cuestiones como la intimidad y el trato, así como limitar la palabra del paciente. La relativa inmediatez con la que hay que actuar en los casos agudos libera al profesional de consideraciones sobre su proceder más allá de la identificación de síntomas, la elaboración de un diagnóstico y la prescripción de un tratamiento de manera automatizada (Allué, 2000:65) y sin conexión con el paciente.

#### *¿Entendemos a todos por igual?*

La atención en las consultas es habitualmente un goteo continuo de personas. Cada una con unos malestares que el médico tiene que diagnosticar y resolver, cuanto más deprisa, mejor. En urgencias, donde lo que prima es actuar rápido y eficazmente, la saturación, los perfiles epidemiológicos y las dificultades lingüísticas, entre otras circunstancias, generan en los profesionales inseguridad en su práctica y una percepción negativa de su trabajo: “Ya te digo, esto es de alguna manera, es una cloaca... Todo lo peorillo”, afirma Miguel. La presión de la gente que espera y los indicadores de productividad apremian, pero el riesgo que conllevan esas condiciones

laborales es el de la negligencia. Sara dice que ante la sombra del error médico, en urgencias se lleva a cabo “medicina defensiva” como estrategia para “cubrirse las espaldas” y descartar posibilidades. Esta práctica incluye confirmar toda sospecha, realizar toda prueba necesaria. Miguel bromea con el sino impuesto por la Ley de Murphy, pues algunas hojas “hablan” de cosas aparentemente sin importancia, y basta que no se les preste atención para que pase algo. Su tono implacable destila el desgaste de la batalla diaria, pero en esa vehemencia asoma el miedo, el que afirma tener con respecto a que algo se le pase con la velocidad a la que tiene que atender, “como cuando sales de casa y no sabes si has cerrado la puerta”.

En las situaciones en las que la comunicación se hace difícil, no sólo se multiplica el tiempo de atención sino que el riesgo de equivocación es mayor. Si algo falta en urgencias es tiempo, y si algo se necesita para atender a la población, especialmente a aquella en la que median problemas de comunicación, es tiempo. Algunos utilizan estrategias, flexibilizan sus prácticas y sus recursos, hacen bricolaje de lo que saben y de lo que tienen, pero es difícil dejarlo todo a la iniciativa individual y a la fortuna, porque la presencia de inmigrantes no es fortuita sino parte de la población estable, continua o discontinua, del área.

Ante las dificultades idiomáticas con pacientes o historiales, varios médicos comentan que “esto es veterinaria”. Lo explican diciendo que sus pacientes son como los animales que son atendidos por los veterinarios, no puedes hablar con ellos pero tienes que averiguar lo que sucede. Algunos profesionales incluso hacen comentarios irónicos sobre los pacientes delante de ellos, asumiendo que tampoco entienden nada. Para Lourdes, escribir en la hoja clínica “barrera lingüística” es trazar una barrera en la responsabilidad, y una salvaguarda legal en el caso de que el paciente hubiera informado algo que el médico no ha entendido. Hay enfermeras que relacionan las dificultades en la comunicación con reacciones de violencia del paciente inmigrante, razón por la cual justifican que se les haya atado. En la Unidad de Hospitalización Domiciliaria la estrategia frente a las trabas lingüísticas es otra. Según confiesa la médica del equipo, se prioriza a “los de la tierra” y se evita atender a los extranjeros, con quienes se hace más difícil la atención por los problemas en la comunicación. Con el mismo hilo argumentativo, una enfermera del equipo de atención domiciliaria afirma: “Como no damos abasto, se selecciona”

El fallo comunicativo da lugar a muchos malentendidos, dificulta la expresión contextualizada de los malestares y el entendimiento de lo que los profesionales dicen, aumentando las posibilidades de una mala praxis y la multiplicación de los tiempos de espera. Pero la barrera lingüística no se da en todos los colectivos de inmigrantes por igual, sino que depende de la lengua que se trate, así como de los recursos personales,

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención sociosanitaria*

sociales y económicos que cada usuario disponga. Los intérpretes amateurs, los gestos y los diccionarios son los principales apoyos utilizados por ellos. Las nociones de lenguas extranjeras y la creatividad son los recursos que algunos de los profesionales utilizan ante la carencia de otros medios. Se multiplican las anécdotas, como la de un paciente noruego residente en Torreveja que llega por una infección de orina, y que trae consigo una carta de su médico en Noruega y un pequeño diccionario español-noruego. Él y el médico, Miguel, se comunican en inglés para entenderse. El paciente sonríe mucho. La conversación no es del todo fluida, pero se entienden. Sólo hay un bache, la palabra “cultivo”. Miguel repite la palabra en castellano subiendo la voz pero el paciente noruego sigue sin entenderla. Aun así me dice que prefiere no buscarla en el diccionario por si el paciente la confunde con algo de agricultura. En otra ocasión, un hombre magrebí de Orihuela apoya con gestos su malestar, le duele la cabeza y el cuello. Miguel concluye que es “síntomatología inespecífica, que no sabes por dónde cogerla”. En este caso la dificultad vendrá con la palabra estornudar, Arouma no comprende qué significa. Al final el médico opta por decirle: “¡Si tú... achís!”, pero tampoco lo entiende. En un intento más, intenta representar el estornudo con un “achís” dramatizando con el cuerpo. Esta vez sí. Provoca una risa general en los que estamos en el consultorio. Miguel pensaba que al decir “achís” el paciente podría confundirlo con si tomaba hachís.

El juicio acerca de las lenguas extranjeras se vuelve relativo teniendo en cuenta qué lengua es, quiénes son sus hablantes y cuál es su prestigio. Un ejemplo es la aceptación, el uso o el rechazo del inglés por parte del personal médico. Unas reacciones que reflejan procesos sociales extralingüísticos que remiten a relaciones de poder. Si para algunos profesionales los pacientes que hablan en inglés facilitan el desarrollo de la consulta, para otros es un ejercicio de altivez y de exigencia de ese “otro” que viene a casa a imponer sus normas. Algunas veces los médicos hablan algo de inglés, en otras dicen que saben pero que no quieren hacerlo con los pacientes, mientras que en otras ocasiones son las enfermeras quienes facilitan la comunicación en consulta.<sup>139</sup> Aunque algunas enfermeras sepan inglés o francés, no siempre intervienen en la traducción de la conversación médico-paciente a menos que el médico se lo requiera, lo que no sucede a menudo. Si esta variedad de respuestas depende de ocasiones y personas, en el caso del inglés hay que contemplar su doble carácter. Por un lado como referente meritocrático que otorga estatus, pero por otro

---

<sup>139</sup> Algunos de los miembros más jóvenes del personal sanitario pertenecen a la llamada generación Erasmus, que supone una marca generacional en cuanto a lo que movilidad y el conocimiento de otras lenguas refiere en comparación con generaciones anteriores. Esto hace recordar que la movilidad, sea por estudios o por trabajo, no es sólo patrimonio de los que se atienden sino de los mismos profesionales.



su expansión e imposición como lengua franca que provoca reacciones de rechazo. El inglés es signo de cosmopolitismo, de conocimiento; por ello, su uso es tanto una oportunidad de exhibición de posición social con el que crear conexiones de europeidad con los usuarios noreuropeos, como a la inversa, pone en evidencia a quien no se desenvuelve con la lengua.

En algunos casos da la impresión de que el médico no usa su inglés si es éste precario, porque su nivel le hace perder autoridad frente a los pacientes y al resto de personal presente. Por la misma razón podría explicarse el hecho de que en ocasiones no se utilicen los recursos humanos disponibles si hacerlo supone recurrir a la mediación de una enfermera o intérprete para su desempeño. Como parte integrante de los actores sociales de la consulta, sólo ejerzo de traductora si me lo piden. Estas resistencias, que también he podido notar en otros dispositivos sanitarios, parecen apuntar a un rechazo por parte del médico a que se desequilibren las jerarquías profesionales establecidas.

Sara atiende a Donald de 72 años, que viene con su compañera y una traductora. La médica se dirige a Donald en inglés sin utilizar a la traductora, que sólo interviene repitiendo algunas frases si la conversación se encalla. En otra ocasión la traductora se enfada cuando Sara le dice que sólo hará uso de la traducción “si hay algo de lo que no se entera”. La traductora se queja de que muchas veces los extranjeros que vienen sin traductor los mandan a casa, pero que cuando los tienen, no los usan. Sara rectifica y utiliza la mediación de la traductora.

Otra razón argüida para no utilizar el inglés es la de forzar al paciente a reconocer cuáles son las reglas, siendo una de ellas la de traer traductor, y otra, la de acomodarse a la lengua del país de destino. Con estas resistencias se dirime quién debe hacer el esfuerzo de entender y de explicar. A mis manos había llegado, de mano de una auxiliar de otro centro, un libro llamado “*Estamos en el Hospital*”. Un manual en el que, a modo de guía de ayuda, se recogen expresiones y palabras útiles en el ámbito hospitalario en castellano, y su correspondencia en inglés. Como veo que allí no tienen ningún material y he visto algunas dificultades se lo ofrezco a Miguel por si le interesa, pero su contestación es clara: “A nosotros no nos des mucha docencia”. Estos argumentos se hacen extensivos a otras lenguas, pero en el caso del inglés se dan más a menudo y con una carga visceral mayor.

En casi todos los centros públicos que cubren enclaves turísticos, sean hospitales, centros de especialidades, consultorios o centros de salud, hay carteles en los que se solicita que los extranjeros vengán acompañados de traductores. Junto a

#### Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención sociosanitaria

ellos es frecuente encontrar ofertas de traductores.<sup>140</sup> La petición de traductores suele dirigirse a la población europea, pues en el resto de inmigrantes su socialización con la población española a partir del trabajo, o la de sus hijos a partir de la educación, hace más fácil el manejo del español. Los noreuropeos son los que menos hablan español y los que, en principio, pueden costearse un servicio de traducción. Sin embargo, una traducción puede resultar muy cara, especialmente si es en urgencias, ya que se suele pagar por horas y, como afirma el enfermero Juan, no todos tienen posibilidades de pagarlo:

“Sí, se ofrece gente, y traductores que suelen venir, que los conocemos, que vienen ya, pero digamos que es entre la población más pudiente. O sea, gente con un nivel económico más alto, entonces, sí que se pueden proporcionar su propio intérprete. Y aparte los intérpretes como vienen mucho pues son de los que entienden cómo funciona esto, y no es sólo el intérprete, es como su guía en el hospital. Pero hay mucha otra población, sobre todo los que vienen sólo de vacaciones o los que están sólo un mes, que no tienen ni idea de español, que vienen aquí, y además son los que más se suelen caer, les suele pasar de todo”.

Curiosamente, muchos de los intérpretes de nacionalidad española que se ofrecen, son antiguos emigrantes españoles que en su retorno también han elegido Alicante como destino de retiro. Han pasado de ser emigrantes a emigrantes de retorno e inmigrantes de retiro, pero siguen trabajando para los extranjeros que dependen de ellos como bisagras con la sociedad española. Con ello obtienen una fuente de ingresos adicional para disfrutar su jubilación.

En otras ocasiones la barrera comunicativa no es idiomática, sino resultado de unas condiciones laborales y personales concretas. Elena, residente de segundo año, controla el vocabulario básico en inglés pero las prisas le suelen jugar malas pasadas. Richard tiene 69 años. Le pregunta cuántos años lleva fumando, él dice en inglés 17 (*seventeen*), pero ella entiende setenta (*seventy*). Muestra su sorpresa por la cantidad de años, sin darse cuenta de que con 69 años es imposible haber fumado 70. En otra ocasión es la paciente quien no entiende a Sara, que se afana en hablar hasta que el chico joven que la acompaña le dice: “Si está sorda”. No obstante los problemas de comunicación pueden hacerse extensivos a gran parte de la población en tanto que el sector médico no siempre cambia el registro lingüístico, utilizando un lenguaje muy técnico que en el caso de las personas inmigrantes todavía dificulta más la comprensión.

---

<sup>140</sup> El término correcto para designar quien hace una traducción oral es el de intérprete, pero iré utilizando ambos dado que “traductor” es el que usualmente se utiliza en este contexto.

Malika es marroquí, de cerca de Nador. Ha venido con su hermana para que le traduzca. Llevan diez años en España. Su hermana ya había entrado antes en la consulta con una pareja marroquí que acababa de conocer en la sala de espera, y a quienes ha ayudado con la traducción. La joven tiene dolor abdominal. Ramiro le pregunta si tiene flujo vaginal, pero la hermana no entiende a qué se refiere. Yo, feliz de tener el libro adecuado entre manos, les enseño la traducción escrita de flujo vaginal en árabe, pero la hermana mueve la cabeza a ambos lados. Me dice que ninguna de las dos sabe leer árabe. Esto me hace recordar que Tino, enfermero, había hablado de un médico saharauí que estaba en el hospital. Él creía que deberían tenerlo en urgencias para hacer de traductor, porque es cierto que no siempre se maximizan los recursos lingüísticos del personal de los centros sanitarios.

La protesta y la recriminación forman parte de las respuestas del personal de urgencias a las dificultades de comunicación. Una queja que va más allá de la utilización de distintos lenguajes y que cuestiona la legitimidad de la migración y de la misma consulta, como le sucedió a una jubilada francesa. Renée no entra a la consulta cuando la llaman, porque no se ha reconocido cuando la han nombrado.<sup>141</sup> Marisol comenta que es “franchise” y que no habla nada de español. Una vez aclarado que es a ella a quien han llamado, entra y explica qué le sucede. El médico que la atiende, Antonio, está nervioso y no presta mucha atención. Le dice que no la entiende, que su obligación es traer intérprete. Yo le traslado lo que entiendo. Renée cuenta que tiene 83 años, que lleva esperando varias horas, que no sabe qué hacer. Ha perdido las llaves de casa, no puede traer las analíticas y no está segura de si debe seguir con una medicación. Un médico le dijo que no dejara de tomarla bajo ningún concepto, por eso insiste en que no sabe qué hacer. Su testimonio provoca ironías y risas entre el personal. Para ellos es un ejemplo más de una consulta “inadecuada”, término utilizado en la literatura biomédica para señalar cuáles son las demandas que no proceden. Pero también es un prejuicio de valor pues los fenómenos sociales se contemplan únicamente desde parámetros clínicos, desde una tutela que se considera legitimada para culpabilizar otras lógicas que escapen a las institucionalizadas. Por lo tanto, la conceptualización de inadecuación es una de las primeras trabas para las relaciones entre profesionales y usuarios. Porque las urgencias, entendidas como necesidades, son intrínsecamente coyunturales y difícilmente objetivables y categorizables desgajadas del entorno.

A través de la traducción de la enfermera, Antonio le señala a Renée su

---

<sup>141</sup> Otro de los problemas lingüísticos es la pronunciación de los nombres extranjeros, que provoca que no siempre los nombrados se den por aludidos.

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención socio sanitaria*

obligación de hablar español, de haber ido directamente al centro de salud. Ella contesta casi susurrando que allí no la entienden. René apocada aguanta el tirón, pregunta, se excusa. A cada palabra suya, Fidel, médico residente, pregunta con ironía: “¿Qué ha dicho?”. Añade, “si al menos fuera inglés”. Renée les pide la dirección de algún médico privado en Torre Vieja, pero unos le responden airados que no saben, otro le señala una calle donde hay muchos, otro más le nombra un hospital privado. Ramiro, se introduce en la conversación y le dice con contundencia delante de los cinco que nos hemos acabado reuniendo allí: “Si usted hace la elección de pasar aquí su vejez, hace la elección de aprender español”, para a continuación romper su hoja de urgencias. La mujer se disculpa diciendo que es mayor y le cuesta. Luego se marcha barruntando con resignación que ojalá hubiera una lengua para todos. Tras su salida Ramiro añade enfadado que las dificultades comunicativas no son su culpa, que no es cuestión de humanidad, “porque si alguien es capaz de venirse aquí con problemas serios de salud y sin querer hablar el idioma, y se compran una casa infestada de mosquitos y no se informan de lo mal que está la sanidad, es su problema”. No entiende por qué vienen a España. Él preferiría morir cerca de los suyos.

La ideología de urgencias de “atendemos a todos por igual” provoca el efecto homogeneizador del usuario bajo una ideología de acción que ni siempre se ajusta a la realidad, ni se refleja en las prácticas asistenciales. Las problemáticas que surgen en cuestiones como el idioma o el registro comunicativo son desplazadas al paciente, al que se le hace co-responsable del buen desarrollo de su consulta en urgencias. Mientras tanto todo queda al amparo de la casualidad: la casualidad de que haya alguien en la sala de espera que pueda traducir, la casualidad de que venga con un vecino, amigo, hijo; la casualidad de que hayan contratado a un traductor; la casualidad de que el médico o la enfermera conozcan el idioma; la casualidad de que traiga un diccionario; o la casualidad y suerte para los profesionales, de que se desespere y acabe marchándose para casa. No se puede atender a todos por igual si no se entiende a todos por igual. Pero no se reclaman recursos específicos, especialmente lingüísticos, ni se organizan aquellos de los que ya se podría disponer.<sup>142</sup> Lo que se va haciendo es salvar sobre la marcha las dificultades derivadas de la presencia de esta población tan diversa. Donde el colapso no es sólo consecuencia de la falta de recursos materiales y organizativos, sino también de las inercias biomédicas e institucionales.

---

<sup>142</sup> Un ejemplo de ello es el peso de las normas y las rutinas frente a las necesidades, reflejada en la restricción del acompañamiento de los familiares aun cuando estos les podrían ser útiles a ellos y al paciente.

## **4.2. Dispositivos y disposiciones asistenciales. La población de retiro como usuaria**

El servicio hospitalario de urgencias nos trae ecos de la presencia y la significación social de la inmigración, en general, y la de jubilados noreuropeos en particular. Un perfil genérico del inmigrante de retiro que, desde la mirada sanitaria en urgencias, incluiría las palabras clave: ingleses, mayores, enfermedades graves, alcohol, dinero, gueto, aprovechamiento, educación, exigencias, desapego familiar, decadencia y abandono. Un dibujo social cuyo trazo viene rotulado por el tipo demandas que se presentan, en su calidad de urgentes, así como por la saturación y la transitoriedad que marcan las cadencias del servicio. No obstante, estas representaciones sociales respecto a la inmigración de retiro y otras figuras nacionales o extranjeras de lo ajeno, van a coincidir en bastantes puntos con las de los profesionales de otros establecimientos sociosanitarios, que a continuación exploraremos.

### *Hospital Miramar*

El hospital Miramar está en un área de menor concentración de inmigración de personas jubiladas, pero su presencia hospitalaria es destacable dado que a muchos de los clientes del Mare Nostrum, en la comarca vecina, les derivan aquí para recibir determinados tratamientos o cuando faltan camas. Por otro lado, la inmigración extracomunitaria es bastante alta, aunque tampoco se ha adoptado ninguna medida estable que favorezca la atención a esta población y el funcionamiento del servicio. Las únicas resoluciones son temporales y polémicas, criticadas por los sindicatos porque no solventan problemas sino que van poniendo parches que sólo sirven para salir del paso sin ir a la raíz. Una de ellas es un acuerdo con la universidad para que el alumnado de la carrera de traducción e interpretación realice sus prácticas en el centro. Otra es la puesta en marcha de la figura de la azafata de urgencias, cuyo cometido es ofrecer información sobre cómo funciona el servicio.

Quienes más reparan en los inmigrantes y los turistas son los de la Unidad de Acreditación. Hacía dos meses que había empezado a funcionar. Un servicio que se estaba implantando en más hospitales de la provincia. Su cometido consiste en que nadie en el hospital se “escape” sin estar acreditado, en lo que interpreto como un intento de evitar más pérdidas económicas por las irregularidades en el cobro de la atención a desplazados y a inmigrantes. En la conversación que tengo con el equipo, cargan especialmente las tintas sobre los inmigrantes económicos, y los jubilados españoles y europeos aunque ambos tengan derecho a la asistencia médica, en calidad de ciudadanos españoles o como europeos. De éstos consideran que se aprovechan del sistema, mientras que de los pensionistas critican el gasto que suponen y la falta de

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención socio sanitaria*

previsión de quienes vienen sin cobertura alguna. En las mesas del servicio de acreditación, montones de formularios aguardan ser cumplimentados y tramitados para poder cobrar el coste de la atención prestada a ciudadanos de otros países o comunidades. Son los expedientes de una larga lista de gente atendida a quien hay que llamar para reclamar la documentación pertinente, y de esta forma intentar recuperar en gasto.<sup>143</sup> Demetrio, el jefe del servicio, considera que la Unión Europea y los “ingleses” en concreto, abusan de España. Critica el que los “ingleses” piensen que aquí pueden disponer de los recursos, que estar en la Unión Europea les hace beneficiarios de todo. No obstante, reconoce que en muchas ocasiones no se recupera el dinero porque son los mismos sanitarios quienes no proceden como debieran, por apatía o por falta de información. Nada excepcional, por otra parte, si se tiene en cuenta que incluso para él también es muy complejo estar al día ante tanto cambio de disposiciones legales a nivel regional, estatal, y europeo en el apartado de convenios internacionales.<sup>144</sup>

El informático del hospital había introducido una aplicación en uno de los ordenadores de admisión para conocer cuántos eran y dónde estaban los extranjeros ingresados. Esta aplicación, que sólo una de las administrativas sabía utilizar, fue de provecho para mi trabajo, pero se hizo para que los estudiantes de traducción pudieran orientarse en sus prácticas en el hospital. Las prácticas sólo eran durante unos meses, de modo que la única que solicitaba esa lista a lo largo del año era yo. Esto provocaba que a veces no fuera posible obtenerla porque la administrativa de turno no sabía el procedimiento, o porque la que sí lo sabía, no recordaba cómo acceder. De manera aleatoria fui pidiéndola para tener un dato más que constatar la presencia de noreuropeos ingresados en el hospital, algo de lo que ya tenía constancia por mi experiencia de campo en el servicio de oncología y neurología. De los distintos listados extraje los datos que siguen. En 10 días diferentes a lo largo de un total de 3 años, 85 pacientes con el perfil de inmigrantes de retiro (mayores de 50 años) permanecieron ingresados en hospital Miramar<sup>145</sup> sobre un total de 258 pacientes extranjeros. La incidencia era mayor en los meses de verano y la nacionalidad mayoritaria era la británica, cuya media de edad era de unos 67 años. Apenas encontré personas mayores

---

<sup>143</sup> Un ejemplo de estas situaciones es la que se dio, estando yo presente, cuando les comunicaron por teléfono, que había llegado a urgencias un grupo de niños portugueses de un equipo de fútbol con su responsable. Venían de jugar de un pueblo cercano y varios tenían dolor de barriga. Ninguno llevaba documentación ni sabía el nombre de la asociación de la localidad que les había invitado.

<sup>144</sup> Los convenios internacionales sirven para garantizar la atención sanitaria a los ciudadanos procedentes de un país de la Unión Europea o de aquellos países con los que la Seguridad Social Española tiene firmado un convenio de colaboración en materia de asistencia sanitaria.

<sup>145</sup> Alguna vez los pacientes se repetían en los listados, por lo tanto habría que contarlos más como presencias que como pacientes.

de 65 años no comunitarias, sólo un argentino y un uruguayo. Inversamente sólo constaté la presencia de dos jóvenes comunitarios menores de 30 años, un belga y una alemana.

Como comentábamos anteriormente, la presencia cuantitativa de residentes europeos en el cómputo general no es muy alta, pero sí es muy notable en algunos servicios. Muestra de ello es que Álvaro, enfermero en el hospital de día de oncología, había elaborado un listado por su cuenta en donde recogía todos los pacientes extranjeros atendidos en su servicio. Contabilizaba el gasto que costaba el tratamiento de “quimio” de cada uno, tanto comunitarios como no comunitarios. Una lista que cuando me la entregó sumaba 90 pacientes extranjeros, casi todos noreuropeos. Junto al nombre de cada uno, había escrito los cientos o miles de euros a los que ascendía su tratamiento. Para Álvaro, el objetivo de esas cuentas era mostrar el enorme gasto que estos pacientes extranjeros suponen para “nosotros”, los españoles. Un dinero dice que no se recupera. Además, critica que la mayoría de los extranjeros que vienen, refiriéndose a los jubilados europeos, están empadronados en Torre Vieja, que pertenece a otra área de salud. Este apunte era una manera de expresar que el Hospital Miramar estaba absorbiendo no sólo lo extranjero, sino los excesos de otra comarca, cuya demanda procedía de un modelo turístico ajeno a esta zona que no vive principalmente del turismo. Por otro lado, Álvaro apunta que los jubilados extranjeros, a pesar de venir de otras localidades, no suelen usar el servicio de ambulancias sino que haciendo gala de su independencia prefieren venir en su coche. Una independencia que la supervisora de oncología, presente en la conversación, dice no entender. No comprende cómo incluso estando enfermos, permanecen lejos de sus familias.

En planta, los problemas con la población noreuropea son, básicamente, dificultades en la comunicación y desajustes socioculturales en las expectativas de atención. A diferencia de la acción puntual que se da en urgencias, cuando la patología que se gestiona son procesos crónicos que afectan a la calidad de vida y requieren largos seguimientos, los problemas de comunicación, la necesidad de apoyo y de “comprender” son más importantes que los de “explicar” la causa. Es por ello que las variables culturales y sociales del profesional, del paciente y de su red adquieren mayor relevancia (Comelles y Bernal, 2007:6).

Por lo que respecta a la lengua, se vuelve a depender de las habilidades lingüísticas de pacientes o profesionales, o de la presencia de intérpretes remunerados, porque con el alumnado en prácticas no se resuelven las barreras lingüísticas. El problema que comenta una enfermera de oncología es que “si sólo están de lunes a viernes por la mañana. Si tú tienes un problema por la mañana y 30 por la tarde, por la

#### Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención sociosanitaria

noche y el fin de semana, acabas resolviendo tú todos”. De hecho, el coordinador de docencia del hospital señala que la estudiante que tenían en ese momento había pedido cambiar de centro porque en el hospital se aburría ya que no la buscaban para traducir conversaciones, sino sólo para traducir folletos. En la práctica esta situación se traduce en multiplicación de los tiempos, en malentendidos y en demandas no atendidas por evitación de los pacientes. Para Alba, enfermera del servicio, “hay un punto de que cómo algunos no controlan el idioma, prefieren mantenerlo (al paciente) lejos porque les hace sentir inseguros, cuando hay personas que por lo que sea cuesta atenderlas, pues se intenta evitar estar más ahí”. Aunque por otro lado están quienes quieren aprender inglés, que procuran pasar por las habitaciones de las personas anglófonas para conversar.

En el área de control del servicio de oncología, donde se guardan las medicinas, cuelga de la pared un diccionario inglés-español. Parece que no se usa mucho. Una auxiliar había traído un libro con las frases más usuales en el ámbito hospitalario traducidas del inglés al español, para que sus compañeras se lo photocopiaran. Hay esfuerzos puntuales derivados de iniciativas personales, pero no son suficientes para resolver las dificultades para la comunicación. Unas trabas en las que sobre todo se señala como responsables a los “ingleses”, desde la consideración de su falta de voluntad para la integración y su rechazo al aprendizaje del español. “¿Y por qué no aprenden a hablar castellano?” es uno de los reproches más generalizados en el caso de los europeos mayores. Una reclamación que no se da con la misma intensidad en otras lenguas y en otros inmigrantes en los que son más criticados los aspectos culturales.



**Figura 7.** Servicio de Oncología. Hospital Miramar  
Fuente: Elaboración propia



El colectivo de jubilados europeos es valorado en los términos anteriores, como una población que cuesta atender en sus demandas por el idioma, por la edad y por la ausencia de cuidadores externos al hospital durante los ingresos. Una ausencia que se traduce en una carga de trabajo extra, especialmente para auxiliares y enfermeras, dificultada además por el idioma. En la sociedad española la familia es parte del escenario habitual en habitaciones de hospitales y lleva a cabo algunas tareas asignadas a las auxiliares, sin embargo esto no es lo corriente en los pacientes extranjeros. Por ello es fácil escuchar juicios entre las enfermeras y auxiliares de oncología sobre la frialdad de los “ingleses” que dejan a sus parejas gran parte del tiempo solas durante los ingresos, la extrañeza sobre las familias que no acuden para estar con ellos durante la enfermedad, o el trabajo que dan pacientes como ellos que no cuentan con la ayuda familiar.<sup>146</sup>

En las historias que el personal cuenta sobre los noreuropeos sale una y otra vez esta incompreensión sobre su proceder. En el retrato compartido por el personal de la planta se les perfila desde la desvinculación familiar y la poca empatía emocional. Maribel, auxiliar, cuenta irónicamente el caso de una inglesa a la que sus familiares le dieron un pequeño trozo de madera con una inscripción que rezaba que cuando sintiera dolor, cuando se sintiera sola, la apretara fuerte. Para Maribel era absurdo darle una madera a alguien para calmar su soledad para, a continuación, marcharse y dejarla sola. O la de aquel marido que decía que no se podía quedar con su mujer porque tenía que cuidar al perro, “y a la perra” añade Maribel, pues se rumoreaba en toda la planta que tenía una amante. La mujer, que llevaba meses hospitalizada, murió sola. Victoria, celadora, relata una historia que vivió en urgencias. Se trata de una extranjera que ingresó por un intento de suicidio. Cuenta que los que le acompañaban estaban preocupados más que nada, porque tenían que tocar la guitarra en un concierto y no llegaban. Marian, a la luz de su experiencia laboral con noreuropeos, no entendía por qué en las películas extranjeras que veía, cuando los pacientes aparecen en la UCI,<sup>147</sup> familiares y amigos daban la mano a los enfermos y permanecían hasta el último momento, porque en su planta esto no sucede. Alba observa que muchos británicos que vienen de visita lo hacen siempre a la misma hora, como si tuvieran interiorizados los estrictos turnos de visitas que tienen en su país de origen. Aun siendo así, no entiende por qué no se quedan, “porque allí no pueden visitarlos, pero están aquí”,

---

<sup>146</sup> El papel de víctimas también aparece en el testimonio de una enfermera que explicaba cómo algunos “sacan tajada” de los jubilados extranjeros. Según cuenta, los celadores tienen “una mafia” montada con las funerarias en tanto que reciben una cantidad de dinero por darles a las funerarias los teléfonos de las familias de las personas ingresadas. De este modo las funerarias se adelantan a ofrecerles sus servicios a aquellos extranjeros que no tienen seguro.

<sup>147</sup> Unidad de Cuidados Intensivos.

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención sociosanitaria*

insiste. A veces le da la impresión de que en realidad es como si no fueran conscientes de la gravedad del estado de salud de los suyos, y si se tienen que ir, se van. Alba, que además de enfermera también es antropóloga y conoce bien los términos en los que operan las lógicas culturales, no puede dejar de sentir indignación ante algunas de las situaciones presenciadas. “Que sí, que es la cultura” dice, pero le parece “inhumano” que en algunos casos los familiares vengan un ratito y se vayan. Como le sucedía a un inglés aquejado de cáncer y de una tristeza inmensa, del que cuenta que ni comía ni bebía, y por quien se preocupaba más el acompañante de su compañero de habitación, que su pareja.

Tal es el contraste y los significados atribuidos a la ausencia física de los familiares que Asunción siente que el papel que hace con los extranjeros ingresados en el hospital es el de sustituir a la familia no presente. Considera que los europeos son personas que a pesar de ser frías, en el fondo tienen sentimientos, por ello cuando se ven solos te reciben con alegría. Asunción, apodada no sin cierta ironía como “corazón bueno” por parte de las enfermeras de oncología, es la máxima representante de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) en el Miramar. Nos encontramos en su despacho. Está lleno de mensajes y figuras de carácter religioso. Hablamos de su trabajo de voluntariado y de la relación que tiene con este colectivo, en los que afirma que hay una alta prevalencia de cáncer de piel. Una aseveración que parece más una asociación simbólica, una traducción patológica de sus viajes, que una información veraz, pues las enfermeras me desmentirán el dato. El problema principal que Asunción señala para el desempeño de su labor es la lengua, aunque cuentan con dos voluntarias en la asociación que hablan inglés. Una de ellas es una emigrante retornada muy activa de 80 años que habla cuatro idiomas. Asunción no entiende las lógicas de los extranjeros. Por un lado les ve muy inteligentes, pero por otro no entiende cómo vienen aquí y no piensan en que se van a hacer mayores y en lo que les puede pasar. O cómo muchas veces prefieren ir a cuidar al perro o al gato que al familiar ingresado: “Mucha tarjeta, muchas flores, pero están un ratito y luego se van”. Enfatiza mucho su papel sustitutorio de la familia, la gente que muere en sus brazos, o anécdotas como el caso de una inglesa ingresada que recibía visitas de su hija. Cuenta que se convirtieron en su apoyo y cómo ésta pidió a las voluntarias que posaran junto a ella para tener “una foto de su familia”.

### *Urbanización Sondosal*

En las urbanizaciones es donde la presencia de la población extranjera de retiro adquiere mayor visibilidad y representatividad. Estos entornos son vistos como complejas áreas a cubrir por parte de la sanidad pública, así como nichos laborales para los servicios privados de salud que se adelantan a la iniciativa pública para satisfacer una demanda específica no cubierta. La urbanización Sondosal es un escenario en el que se constatan las convergencias y divergencias entre los discursos desde lo público y desde lo privado. Ambas visiones coinciden en la caracterización social de la población del norte de Europa, pero mientras que para los primeros supone una carga adicional de gran calibre, en los otros este discurso se modera porque la población noreuropea es precisamente su negocio y sustento.

Sondosal, situada en segunda línea de costa, pertenece al término municipal de Santa Pola. Agrupa trece urbanizaciones con 73 nacionalidades distintas, que según el padrón del año 2007 sumaban 7.484 habitantes, con una población prominentemente extranjera y de edad avanzada. De ese total, 3.644 son noreuropeos (48,69 %) y 3.277 de nacionalidad española (43,78 %). La población británica ocupa la primera posición con 2.556 residentes, esto es, un 34,15% de toda la población. También hay que señalar la considerable presencia de los países nórdicos, que asciende a 489 personas.<sup>148</sup> En lo que refiere a la edad, el 36,53% del total de la población total es mayor de 55 años, siendo los 63 años la edad más numerosa. A partir de 70 años, los distintos grupos etarios ya no superan la centena y van disminuyendo progresivamente. En general hay una ligera mayor proporción de hombres que de mujeres en todas las nacionalidades, excepto en la francesa.

Silvia trabaja en la Oficina Municipal de Información de la urbanización, que depende del ayuntamiento de Santa Pola. Está ubicada en las mismas instalaciones que la policía, la biblioteca, el consultorio médico público y el privado, el despacho de la trabajadora social y el de la concejala. Su cometido es dar información, pero su dominio de varios idiomas la convierte en reclamo para que, excediéndose de sus competencias, haga de traductora si el médico o la policía se lo requieren, o ayude a los extranjeros en tareas como la declaración de la renta. Los tres años que Silvia lleva a cargo de la oficina le han posibilitado conocer las dificultades en las que se ven envueltos los extranjeros que, según sus declaraciones, suponen el 99% de las consultas. Uno de los problemas principales es la confusión con respecto a la

---

<sup>148</sup> En octubre del 2008 la población europea en general había ascendido. La británica pasaba a representar un 56,6% de la población con 2.924 empadronados. La segunda nacionalidad es la Noruega con un efectivo de 241 personas (Elaboración propia de la Información Estadística del Ayuntamiento de Santa Pola a fecha del 31/01/2007).

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención sociosanitaria*

dirección correcta de su vivienda. La mayoría de las urbanizaciones tienen sus ordenaciones y numeraciones particulares de las casas. Las constructoras les dan un número mientras que en el Registro de la propiedad consta otro, e incluso a veces los buzones tienen un tercero. La gente al empadronarse no sabe qué dirección dar, no les llegan las cartas, y los taxis y las ambulancias acostumbran a perderse en este laberinto numérico. Unas confusiones que pueden comprometer la vida, como en el caso de un señor al que le dio un infarto y la ambulancia no llegó hasta pasados tres cuartos de hora después de estar dando vueltas por el entresijo de calles y casas colindantes. Por ello, Silvia les insiste en que conozcan la dirección legal a todos los efectos. Este tipo de problemas lo comparten todos los residentes de esta urbanización y otras, pero las dificultades son mayores si se desconoce el idioma y los procedimientos burocráticos y de emergencias a seguir.

El médico, la trabajadora social y ella comparten ubicación e información. Se prestan ayuda con el inglés, que Silvia habla fluidamente, o cruzan datos para identificar problemáticas. Silvia le comenta a Elena, la trabajadora social, si cree que alguien necesita ayuda. Elena, a su vez, le pide consejo para orientar su trabajo con los extranjeros. La relación con el “señor” Charles, residente en la urbanización, es fruto de esa cooperación. Él solía ir a la oficina para pedir información pero sobre todo para hablar. Silvia observó que Charles, que vive solo, necesitaba asistencia. Se lo comunicó a Elena, y un día en que él estaba mirando el tablón, la trabajadora social salió a buscarle. Ahora Charles recibe asistencia social pero también es el profesor de inglés de Elena, pues el anterior que tenía falleció. Esta información la recibo de Silvia, no de Elena, que elude hablar sobre esta vinculación y sus relaciones de intercambio con los extranjeros. Es posible que la omisión se deba a un intento de perfilar unas críticas más contundentes hacia la inmigración de jubilados por su desconocimiento del castellano.

Va a hacer tres años desde que Elena acude los lunes y jueves a su despacho de la urbanización. Disfruta con lo que hace y sus jornadas laborales siempre se alargan. La mayoría de demandas que le llegan de los jubilados europeos son para formalizar los trámites de la atención médica. Otras son para solicitar la tarjeta de aparcamiento para discapacitados o para asistencias a domicilio, bien por enfermedad o como consecuencia de alguna caída.<sup>149</sup> Considera que son bastante demandantes pero sobre

---

<sup>149</sup> El llamado Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) de la Conselleria de Bienestar Social es un servicio comunitario de carácter social. Su intervención es a nivel preventivo, educativo y asistencial y va destinado a aquellas personas, familias que tengan dificultades para mantener o reestablecer su bienestar físico, social y afectivo. El objetivo es conseguir que puedan continuar viviendo en su hogar y en su entorno, mientras sea posible y conveniente (<http://www.bsosocial.gva.es/portal/portal>).

todo “espabilados”, pues se comunican entre sí la información de los recursos a los que pueden acceder, y van prestos a solicitarlas: “Yo te doy a ti toda la información y al día siguiente tengo aquí una lista de espera de quince. O sea, vienen así por urbanizaciones, ¡en tongadas!”. Hace distingos entre inmigrantes, mostrando cierto reparo a que los jubilados europeos disfruten de los recursos españoles pues su aportación no hace balance con el coste que suponen. Además, le molesta su actitud de exigencia:

“A mí no me importa cuando vienen a trabajar, o sea, todo lo que necesiten y más, ese es el sentimiento generalizado. Pero cuando estás tratando con personas extranjeras, mayores, que lo único que quieren es disfrutar y pasárselo estupendamente bien y no contribuir, puedes tener tus más y tus menos. Y cuando ves que encima te vienen exigiendo, que esa es la inmensa mayoría, ahí es donde se genera sentimiento de mal rollo, ¿no? de ‘bueno, ¿y vosotros quiénes sois? Estáis en mi país, lo primero que tenéis que hacer por lo menos es hablar ¡mi! Idioma’, que esa es la principal pregunta que se hace, sobre todo desde Servicios Sociales, cuando se hace un informe de arraigo social, o sea: ‘¿Conoce el idioma? ¿Se relaciona con la cultura del país?’ Y ni una cosa ni la otra. Yo lo he hablado con mucha gente, ¿no? y esto es ya a título personal ¿vale? yo no tengo ningún inconveniente porque me encanta trabajar con personas mayores, me encanta, entonces no tengo inconveniente, además enseguida nos llevamos bien (...) pero hay veces en que sí que lo pensamos, y digo pensamos porque mucha gente de mi trabajo y sobre todo de la sanidad, hay más gente de la sanidad que lo piensa, o sea, se va ¡mucho, mucho! dinero de nuestro país en atender a las personas mayores extranjeras que vienen a vivir aquí, a morir aquí. Vienen a morir aquí y no ofrecen nada a cambio, ni se adaptan a nuestra cultura, ni a nuestro idioma ni a las costumbres. O sea, nada. Y ya te digo, como te comenté el otro día, creo que se está haciendo un estudio sobre todo desde la Generalitat Valenciana para que se muestre. Sí, nosotros pedimos el turismo, buscamos el turismo, pero un turismo, no como... ‘a ver como nos vamos a aprovechar de los españoles’. Bien que nos beneficia el tema de que compren viviendas, que compren en los supermercados de este país, pero los impuestos que se piden por estas viviendas y estas compras diarias no pagan la Seguridad Social que ellos consumen.”

Cree que una manera de controlar la situación sería obligándoles a que dieran más pasos para conseguir las cosas y que sus países supieran cuánto cuesta mantenerlos aquí, en una Seguridad Social que se valora como de las mejores de Europa, y de la que se benefician sobre todo los ingleses. Reconoce que tienen derechos pero también considera que se aprovechan de la situación. Subraya que su presencia aumenta “nuestras” listas de espera y “nuestros” gastos, especialmente los farmacéuticos: “Si te haces la tarjeta española, la seguridad social te lo da todo gratis y no te cargan nada a tu seguridad social de Inglaterra. Qué pasa, que te puedo asegurar, así, sin mirar que el 60% de la Seguridad Social española se va en recetas de médicos para pensionistas de la costa española”. Señala aquí un punto relevante dentro de la complejidad de la regulación europea de la atención sanitaria, porque resulta de máxima importancia que los residentes se empadronen para que computen como población de hecho del área, pero la regulación de su presencia no lo resuelve todo, como veremos en el próximo capítulo.

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención socio sanitaria*

A la entrada del centro hay un cartel que solicita que aquellos que no hablen español traigan traductor, pero no todos lo hacen. Elena, puede comunicarse en inglés pero piensa que es importante que lo traigan aunque no lo utilicen. Así sirve para recordarles dónde están y quiénes son los que tienen que adaptarse a “nuestra cultura”:

“O sea, si tú vienes de buena fe y a trabajar y a colaborar y a insertarte aquí, en nuestra cultura, en nuestra sociedad, yo hago todo lo que tú necesites, está claro. Pero cuando tú te impones, sobre... no mi trabajo, sobre mi cultura, sobre la forma de trabajar que tenemos nosotros, sobre la forma que tenemos nosotros de respetarnos; entonces es cuando yo me giro y les enseño el cartelito de que, o se te bajan los humos o como no vengas con un intérprete ¡por ley!, vale, porque es por ley, si no vienes con un intérprete, no hay nada. Pero sobre todo los ingleses, porque el resto de de la gente que viene de otros países se esfuerza por aprender lo primero el idioma. (...) Pero yo por ejemplo, personalmente igual que lo puede hacer la chica de la oficina municipal, como lo puede hacer el del médico, es: si te pones en ese plan, como no vengas con un intérprete yo no te echo una mano”.

Luego aclararemos que no hay ley que obligue a que traigan intérprete, pero zanja el tema argumentando que en el Reino Unido no recibiríamos el mismo trato ni traducción.

Elena, por su trabajo, es testigo de las circunstancias en las que se ven envueltos quienes se vienen “a la aventura” sin cobertura sanitaria o quienes se han quedado sin ingresos. Según la situación particular de cada persona les arregla la Tarjeta Sanitaria Europea, les organiza la teleasistencia,<sup>150</sup> les informa de residencias privadas, o los envía de vuelta a su país de origen. De hecho reconoce que le llaman “La Deportadora”: “He deportado a dos personas, pero no es que las haya deportado yo, sino que por circunstancias se les ha comentado que sería mejor que volvieran a su país por el tema de la atención, por el tema del idioma, por el tema de la familia”. Recuerda el primer caso serio que tuvo, el de una sueca que llegó traída por la policía en estado de embriaguez. Su estado de salud era “lamentable”, con cirrosis, problemas de movilidad y de higiene. Como por aquel entonces no hablaba mucho inglés lo arregló con el Consulado sueco que se ocupó de repatriarla. A las tres semanas, el Consulado la llamó para decirle que había fallecido y para felicitarle por su gestión. Se congratulaban de que la señora hubiera muerto en Suecia ahorrándole costes al Consulado; que si bien había pagado el billete del avión, se había evitado los del envío del ataúd y la gestión burocrática. Porque como afirma Elena, “morirse aquí es un tinglado bruto”, por ello cree que para evitarse trámites la mayoría donan sus cadáveres a la ciencia. Lo sabe porque lo ha visto. Elena, que también estudia fisioterapia, estuvo en la piscina del hospital universitario y allí pudo corroborar que la

---

<sup>150</sup> La teleasistencia Domiciliaria es un recurso del Área de Bienestar Social de la Diputación de Alicante, a través de la red telefónica, que permite a las personas mayores, estar conectados permanentemente con un equipo de profesionales preparados para atender sus necesidades en todo momento las 24 horas del día, durante todo el año (<http://www.bsocial.gva.es/portal/portal?id=M&sec=254201015618>).

inmensa mayoría de los cadáveres que flotaban en formol eran de mayores europeos, principales donantes de cuerpos a la medicina en España.<sup>151</sup>

Otra de las opciones que Elena dice que toman es la incineración. Lo sabe por casos como el de Colin y Margaret, con quienes había trabado cierta amistad. Un matrimonio que decidió vender su casa en Sondosal porque preferían la libertad que da vivir “como nómadas”. Vivían en su caravana en el camping de Santa Pola, donde Elena se acercaba de vez en cuando. A Colin le sobrevino un cáncer que se lo llevó apenas en un mes. Su esposa, previa consulta a su hija, se decidió por la incineración. Elena cree que la familia lo decidió así para no tener problemas con el cadáver. No supo más de Margaret. Supone que volvió con esta hija a Inglaterra, o con su otra hija a Estados Unidos.

También sabe de muertes a solas y de entierros vacíos o con muy pocos asistentes. Considera que estos finales tienen que ver con las diferencias en el arraigo familiar entre “ellos” y “nosotros”. En el caso de los “ingleses”, le parece que la gran mayoría de hijos se desentiende de sus padres, y “hasta que no se mueren, no aparecen”.

Como decíamos, el consultorio público está junto al privado. Elena comenta que desde que el público se ha instalado en Sondosal, la mitad de la población que antes iba al privado se ha pasado al público. La cercanía entre el público y el privado se presta a que los residentes extranjeros maximicen su uso, lo que en los comienzos generó un mal clima en la relación entre los dos dispositivos. Por lo que cuenta Elena, para la atención médica los extranjeros noreuropeos van a la privada, pero para las medicinas directamente piden cita al médico de la seguridad social con la receta del anterior. Elena cree que, a excepción de los pudientes, son pocos los que siguen yendo únicamente al privado y pagándolo de su bolsillo, y añade que además “la inmensa mayoría ha descubierto el chollo de la Seguridad Social, han descubierto cómo se hace lo de la tarjeta sanitaria y realmente la amplitud (de servicios) que tienen ahora en la clínica es porque a medicina van poco”.

---

<sup>151</sup> Serena Brigidi (2008) en su estudio de las donaciones de cuerpos a la ciencia confirmaba este dato. Según la autora, razones de naturaleza económica explican por qué la Facultad de Medicina de Alicante goza de un número elevadísimo de donación del cuerpo: la mayoría de donantes son migrantes procedentes del norte de Europa y definidos como de retiro, los cuales eligen la donación para evitar los gastos de repatriación del cadáver y para no crear problemas a los nietos o amigos con su entierro.

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención socio sanitaria*

##### *La clínica privada: desde los comienzos*

Cuando Elena hablaba de la amplitud de la clínica privada, se refería al hecho que ahora, aparte de la consulta del médico, también ofrecen odontología, podología y pedicura. El consultorio privado inició su andadura en 1988, cuando a pesar de la considerable población que allí residía, no había apenas ningún servicio público. Desde entonces José y Alicia, médico y enfermera, han podido seguir los cambios en la población, en los paisajes y en las infraestructuras, a partir de las demandas recibidas en su consulta.

José y Alicia cuentan que en los comienzos casi el cien por cien de las personas que acudían eran extranjeros, principalmente escandinavos. Desde los inicios urbanísticos del área hubo una colonia muy importante de escandinavos. Las 450 casas hechas por una constructora nórdica se vendieron íntegramente en Suecia, Noruega y Dinamarca, lo que marcó el perfil social de Sondesal. La iniciativa privada se adelantó a las necesidades de la zona y se adaptó al tipo de demanda. Así, de la mano de algunos de sus pacientes, José y Alicia aprendieron los distintos idiomas escandinavos. Desde entonces han vivido el transcurso del tiempo a partir de los reemplazos generacionales y de los ciclos etario-estacionales de personas de edad durante el invierno, y jóvenes y niños durante el verano. Saben que la nacionalidad mayoritaria en la zona es la británica y que su nivel económico es menor que el de los escandinavos. De hecho creen que la sanidad española es un lujo para los ingleses, no tanto para los escandinavos. Dicen que el número de escandinavos ha ido disminuyendo porque la oferta ha perdido atractivo con tanta masificación urbanística. Muestran más simpatía hacia éstos que hacia los ingleses, de quienes consideran que viven al margen de la sociedad española. Aunque también saben que hay otros que han cambiado de domicilio para no estar rodeados de más compatriotas.

La urbanización ha crecido bastante y ahora cuenta con muchos servicios de los que anteriormente no tenía, incluso una concejalía propia. En los inicios, la falta de recursos provocaba importantes problemáticas sociales en casos de aislamiento social, de muerte de un cónyuge o de deterioro físico y cognitivo. Para ser atendidos en el centro de salud, tenían que desplazarse en coche hasta Santa Pola porque en Sondesal no había nada. Por ello las personas mayores en situación de necesidad aguantaban aquí con los cuidados y apoyo procurados por sus vecinos o amigos, hasta que la situación se hacía insostenible y tenían que volver. Piensa José que actualmente la frontera del retiro en España se extiende hasta los 80 años, edad en la que deciden volver a Inglaterra para buscar un entorno seguro y lingüísticamente más asequible. Los escandinavos han podido permanecer hasta edades más avanzadas gracias a que disponen de unas pensiones altas que les permiten ingresar en instituciones privadas.



Alicia compagina su trabajo de enfermera multitareas (traductora, secretaria, portavoz) con su actividad política dentro del PSOE, actual partido en la oposición en el ayuntamiento de Santa Pola. Desde su posición y conocimiento eleva las necesidades del área donde trabaja. Aunque no reside allí, conoce perfectamente todas las urbanizaciones y su composición según nacionalidades. Me va nombrando una por una: en Alameda Vista, españoles; en Marítima, nórdicos y algún español; en Blue Sky, ingleses; y así con todas. Aunque es difícil defender los intereses de la urbanización porque sabe que los santapoleros no sienten Sondosal como parte de ellos. Denuncia que el desarrollo urbanístico de la zona está plagado de intereses políticos. Un área que ha crecido sin que se hayan hecho estudios de las necesidades y las problemáticas reales del entorno y su población, que ella estima en 10.000 habitantes, muy por encima de las cifras oficiales. También señala la falta de transporte público, el mal estado de las aceras, las problemáticas de acceso a las urbanizaciones privadas ante una urgencia, la necesidad de centros cívicos o de un parque geriátrico. Al igual que Silvia, menciona las complicaciones para la orientación urbana que dificultan el acceso de las asistencias a domicilio, las ambulancias o bomberos, que tienen harto difícil llegar su destino debido a que varias calles se llaman igual o se duplican los números. Alicia también conoce situaciones de urgencias en las que el SAMU ha tardado hasta una hora en llegar. No obstante, las consecuencias en la salud y la seguridad no sólo se derivan de un trazado y un ordenamiento urbano caóticos. Los *bungalows* en los que viven también suelen traer problemas que no se piensan cuando se adquiere la vivienda y se tiene vigor y habilidad para subirlos. Sus estrechas escaleras se pueden convertir en barreras cuando merma la movilidad. Mucha gente mayor ha ido a la consulta tras una caída por las escaleras. Cree que la gente no piensa en esas cosas cuando compran sus casas.

Ambos conocen bastante las necesidades de la población porque durante todo este tiempo han dedicado a cubrirlas facilitando las cosas a las personas, más allá de la consulta, o según José, quizás precisamente por ella:

“Porque claro, si eres una persona mayor, tienes dificultades cognitivas y encima no hablas ningún idioma más que el tuyo o como mucho el inglés, pues estás totalmente perdido, totalmente perdido (...) Nosotros les orientamos, les buscamos las residencias... hablamos con sus familiares en Inglaterra o en cualquier lugar del mundo, para poder decirles que sus parientes están en esta situación”.

En contraste con las afirmaciones de la trabajadora social, ellos creen que hay mucha desorientación entre los inmigrantes de retiro, que no tienen claro qué recursos pueden tener o no tener. Los extranjeros les llaman incluso para que ellos se encarguen de solicitarles una ambulancia en una situación urgencia, dadas sus

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención socio sanitaria*

dificultades para indicar dónde viven. En unas ocasiones es porque no saben español, mientras que en otras son las razones urbanísticas aducidas anteriormente las que complican las posibles explicaciones. A diferencia de antes, ahora sí que acuden más taxis y ambulancias, pero José lamenta que todavía les cuesta. Sucede sobre todo con las ambulancias públicas, a quienes tienen que insistir de la gravedad del problema de salud para que vengan, porque en muchas ocasiones dependen de su servicio. Las ambulancias privadas no siempre sirven porque no disponen de la dotación suficiente. A estos contratiempos José añade que “por supuesto aquí a domicilio por la noche no viene nadie a verles salvo nosotros”.

José indica que los escandinavos no conciben las dinámicas familiares que se dan en los hospitales españoles, pero a diferencia del personal del hospital no los caracteriza como fríos, sino que intenta hacer una interpretación desde la perspectiva de sus pacientes:

“Eso de que el familiar se tenga que quedar, ayudarle al paciente, eso no lo conciben, no entra dentro de su mentalidad. Aquí la pareja deja al paciente en su hospital y se va a su casa, y cuando le llaman va a la hora de visita y se va a su casa. O sea, no, no entra dentro de su esquema, claro, les parecía todo rarísimo, que pasan la noche ahí... Bueno... ¡la cantidad de gente que ha tenido úlceras por estrés estando hospitalizado!, escandinavos, son tremendas... y a la más mínima se van, porque no pueden aguantarlo.”

José recuerda que la estructura familiar que existe en Europa no es la misma que en España. Excepciones aparte, observa que se independizan antes, sólo se ven en fechas concretas y se centran en la familia nuclear. De las parejas de jubilados que vienen, Alicia dice que lo hacen para vivir la vida, no cree que les preocupe nada más: “Miran por ellos mismos, el matrimonio. Cuando tienen un problema intentan solucionarlo por ellos mismos”. Piensa que en realidad les gustaría ser como los españoles por nuestros lazos.

Reconocen que sus relaciones con los servicios públicos a veces son conflictivas. Uno de los casos que lo ejemplifica es que, a sabiendas de las dificultades de comunicación que sus pacientes extranjeros tienen cuando son derivados a los hospitales públicos, les preparan una carta explicativa en español de la situación de cada uno. Pero esta carta, o no llega a término, o no es bien recibida. Durante una temporada, algunos de los pacientes extranjeros que derivaban al hospital público eran rechazados en la recepción del centro bajo el pretexto de que tenían que ir a su médico de cabecera y llegar a urgencias por su cauce normal. Cuenta que varias personas con cáncer no fueron admitidas, por lo que optaron por enviar a los pacientes a través de urgencias advirtiéndoles de que sólo cuando ya estuvieran con el médico, entregarán el informe redactado en la clínica.

En otra ocasión, a un cliente inglés de su clínica, a quien le recomendaron que se operara, como no tenía dinero suficiente para hacerlo en la privada le aconsejaron que fuera al consultorio público que le correspondía, para que allí le dieran cita para el cardiólogo. La médica del consultorio se negó a mandarlo al cardiólogo debido, en opinión de Alicia, a las reticencias con los extranjeros por parte del sector sanitario por una parte, y por otra, por venir con el papel de la clínica privada. Así es que intentaron que el médico del consultorio público de Sondosal le hiciera el volante, que finalmente le permitió pedir cita en el hospital para que le atendieran. Hay veces que las personas extranjeras prefieren atenderse en la sanidad privada por las facilidades lingüísticas y la celeridad para las pruebas, pero los seguros de salud difícilmente admiten a quienes ya van con un diagnóstico previo.

Ambos consideran que hay fisuras entre la pública y la privada, que a sus pacientes les tratan injustamente con cierto recelo. Desde el sector privado les facilitan el trabajo y las cuestiones de idioma, pero ambos opinan que desde la pública ni aprovechan lo que ellos les adelantan ni reconocen que necesitan de su ayuda. Aunque desde la seguridad social les han llamado más de una vez para preguntarles sobre algún paciente. José cree que los extranjeros eligen la privada por la dedicación que les ofrecen y por el idioma. Además el dinero que se gastarían para pagarse un intérprete es el mismo que les cuesta la consulta privada. Por otra parte, ellos tienen como objetivo “solucionar problemas, solucionar todos los problemas”, algo que el médico de la seguridad social no puede hacer por la estructura en la que está. Les han traducido papeles, les han hecho compras, han acudido fines de semana a hacer curas cuando las personas no tenían otros medios ni apoyos. Aunque derivan a los pacientes, dan la cara en todo el proceso por si éstos necesitan información o traducción. Sin embargo, el médico de la Seguridad Social deriva y se olvida.

Alicia cuenta otra historia para mostrar el grado de implicación con sus clientes o las personas extranjeras que lo necesiten. Se trata de una señora noruega de 88 años que llevaba viviendo en la urbanización unos 25 años. Esta mujer que vivía sola, recibía ayuda de una chica pues prefería estar en casa, no quería irse a un geriátrico. Enferma y es ingresada en el hospital donde permanece unos días. Su hijo viene a verla desde Noruega pero se marcha pronto, no sin antes llevarse consigo las llaves, escrituras y otras pertenencias de la madre. La trabajadora social del hospital le llama a ella para ver qué hacen porque ya no puede seguir viviendo sola, pero el hijo no responde. La convencen para que vaya a una residencia, pero resulta que cuesta unos 1.500 euros mensuales, y ella sólo recibe 1.000 euros de pensión. Al final, gracias a su mediación la aceptan.

#### *Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención socio sanitaria*

##### *Residencias privadas: atención transfronteriza*

Ante situaciones de dependencia temporal o continua, tanto la trabajadora social como la clínica les recomiendan residencias. Sin embargo los inmigrantes de retiro no son los extranjeros que más abundan en la residencia que visité en Santa Pola. Por el contrario, los más frecuentes últimamente son aquellos que ponen en práctica una fórmula de atención transfronteriza.

Para Glauco, médico de la residencia, se pueden definir cuatro perfiles tipo de entre los extranjeros que reciben. El primero es “el extranjero de pasada”, es decir, aquellos que vienen por estancias vacacionales, o que traídos por sus familias los dejan temporalmente en la residencia mientras ellos pasan sus vacaciones en España. En algunas ocasiones deciden dejarlos permanentemente. Dentro de este tipo están aquellas personas mayores más independientes que van saltando de residencia en residencia, como el caso de un matrimonio francés cuyo hijo trabajaba en unas aerolíneas, lo que le permitía visitarles donde estuvieran. El segundo son aquellas personas dependientes que llegan a la residencia ante el ingreso en el hospital de su cónyuge o su fallecimiento. Glauco señala que esto no significa que no tengan familia, sino que la residencia se antepone como recurso ante la dependencia: “Aún estando fuera, la familia hace que se queden aquí”. El tercer perfil lo representan quienes han venido temporalmente para probar, o porque han tenido una operación y están haciendo aquí la recuperación. En realidad los extranjeros permanentes que tienen son pocos, ahora mismo sólo hay dos ingleses. El cuarto y último, el más novedoso y el que más movimiento ha generado durante 2006 y 2007, es el compuesto por grupos de holandeses y noruegos que llegan por colaboraciones con instituciones de origen.

Glauco, a través de estas experiencias se ha hecho conocedor de los sistemas de protección y bienestar de los países concertados. En Noruega la gestión de servicios sociales depende de los ayuntamientos. Los hay lo suficientemente potentes y grandes para absorber la demanda que tienen de la tercera edad, otros más pequeños derivan a los grandes, mientras que son los medianos los que tienen más problemas. Éstos y algunos grandes que no tienen la infraestructura necesaria para cubrir la demanda de una población bastante envejecida, son los que tienen que recurrir al extranjero, en donde pueden optar por construir sus propias residencias de forma más económica y con sol, en la que ellos llaman “la Florida de Europa”; o llegar a acuerdos con compañías de la tercera edad asentadas en España para alquilar plazas residenciales. Valoran las dos experiencias como positivas, pero reconocen que no están exentas de dificultades como el idioma o los factores culturales.

La residencia ha tenido ya dos experiencias de este tipo, una con Holanda y la otra con Noruega. Desde allí han venido grupos de jubilados acompañados de sus

trabajadores que se encargan, entre otras tareas, de solventar las dificultades idiomáticas y culturales. Aunque la residencia también hace adaptaciones, son quienes principalmente se acomodan a sus formas, ritmos y gustos. Con los holandeses se hizo a través de una empresa subvencionada por el gobierno holandés. Ésta se encargaba de gestionar estancias vacacionales entre una semana y seis meses a ciudadanos que están viviendo en residencias holandesas. En esa ocasión llegaron a tener un pico de ocupación de 26 personas. Como explica Glauco, les llegaban tanto encamados, que se conformaban con la luminosidad de Santa Pola, como personas totalmente independientes que iban a su aire. Hubo tres personas que quisieron seguir pagando de su bolsillo la subvención para quedarse todo el año. Como anécdota, decir que una de ellas recibía el seguimiento de un programa de televisión holandés en el que se pretendía retratar cómo es la vida de una persona mayor. Aparte del personal que vino de fuera, en la residencia se encargaron de contratar a un fisioterapeuta y a una enfermera holandeses para que se sintieran protegidos y a gusto.

También hubo que hacer adaptaciones con la medicación porque a pesar de ser el mismo principio activo, cambiaban algunas marcas. “Ya sabes tú cómo son las personas mayores, que les cambias la marca y ya la has liado”, decía Glauco. Aunque sabemos que la resistencia a estos cambios no es sólo patrimonio de las personas mayores. La integración también es un tema relevante en el micromundo de la residencia. Él y su compañera Nieves, trabajadora social, coinciden en que los que vienen solos lo consiguen, pero los grupos no, sobre todo porque no lo intentan. Nieves observa que en el caso de aquellos que venían por su cuenta, el hecho de que normalmente tuvieran a sus familias en sus países de origen y que les visitaran muy esporádicamente era un *hándicap*, pero a la vez un estímulo para integrarse. Glauco por su parte tiene una teoría para explicar por qué los que venían en grupo no se integraban. Según él, tiene que ver con el hecho de venir acompañados del personal cuidador de sus países y prescindir del resto de trabajadores y usuarios. Para Nieves: “Era como dos centros, en uno mismo pero dos centros, funcionando diferente”. Muestra de ello es que aunque tenían diferentes horarios de comidas, hubo reticencias con el espacio pues no querían bajar al comedor general. Así es que tuvieron que habilitar uno para ellos decorado con motivos holandeses. También organizaban las excursiones por separado, confeccionaron los menús al gusto holandés, con un cocinero nativo que les enseñó la elaboración de salsas que luego han incorporado a los menús generales. Salvedades culturales que sólo se hacían con los usuarios que vienen en grupos organizados. Piensan repetir la experiencia con otras ciudades, por lo que barajan contratar personal extranjero permanente, y seguir formando un poco en idiomas al personal autóctono, al menos para que puedan entenderse con los usuarios

#### Capítulo 4. Inmigración en plural. Escenarios de atención sociosanitaria

extranjeros. Con respecto a las diferencias que veían entre españoles y extranjeros, Glauco las resume en la distinta capacidad económica:

“Los de fuera tienen pensiones más altas y un ritmo de vida que no pueden llevar las personas de aquí; salen a cenar y se lo pagan ellos, en lugar de sillas de rueda normal tienen sus sillas de ruedas o *scooter* eléctricos,<sup>152</sup> tienen un pulsador colgado o en la muñeca que les da más posibilidades de ocio y expansión, mientras que los españoles sólo hacen las actividades del centro”.

Añadía que en España una pensión, por alta que sea, no es suficiente para cubrir una residencia privada, y tiene que estar detrás la familia o las subvenciones de Bienestar Social. Por otro lado están las personas mayores españolas e incluso muchas familias que siguen asociando residencia con asilo, “y piensan que es un aparcamiento de personas mayores y que están ahí cuarenta abuelos pegados a la pared y dos vigilantes con tocas como si fueran monjas”. Para Nieves era cuestión de mentalidad y de formas de entender la jubilación:

“No, yo creo que en ese sentido lo viven con más naturalidad. Como nos está pasando aquí a nosotros ahora. A nuestra edad o gente ya un poco más mayor que ya sabe que es lo normal. No lo ven como trauma. Pues ellos en su día decidieron venirse aquí y en su día han decidido que ya no pueden seguir en su domicilio y han ingresado en un centro para que les atiendan y les cuiden. Y si tienen que vender su casa o tienen que gastar sus ahorros para poder costearlo, pues no hay ningún problema. No tienen esa idea de la herencia. Nosotros tenemos la idea de: qué bien, voy a heredar el piso, lo vendo y con eso cambiamos el coche y pagamos lo otro... Ellos no: es tuyo, te lo has ganado, tú lo disfrutas. En eso sí que tienen otra mentalidad. Por lo menos los que yo he conocido. Imagino que luego habrá de todo”.

### 4.3. Oferta local, demanda internacional

Las migraciones han marcado el transcurso sociohistórico español de las últimas décadas. A modo de síntesis, si en los años cincuenta tuvieron lugar las migraciones internas, y la emigración de españoles al norte de Europa, los ochenta señalaron España como uno de los focos de atracción internacional de migración de motivación económica. Este último proceso migratorio, principalmente identificado con la migración extracomunitaria, figura en el centro de la atención actual tanto a nivel social como político y económico. Un nuevo paisaje social que ha hecho emerger algunas de las deficiencias de la sanidad española en lo que refiere a su falta de previsión y a la carencia de un modelo de gestión, donde las medidas a medio y corto plazo han ido paliando las demandas (Moreno, 2004). Pero las migraciones no se han suplantado unas a otras, sino que se han ido superponiendo al tiempo que cambiaban rutas, dinámicas y actores sociales. No han dejado de migrar españoles, no han desaparecido los turistas, ni tampoco los residentes del norte de Europa.

---

<sup>152</sup> Silla de ruedas que funciona motor eléctrico y que únicamente requieren del manejo del manillar y los mandos. Las baterías recargables montadas bajo el asiento suministran la energía para los motores eléctricos que impulsan dos o bien las cuatro ruedas.

La diversidad de personas provenientes de distintos contextos y con distintas motivaciones coinciden en los dispositivos de salud, y desafían las estructuras binómicas del “nosotros” y los “otros”, así como las nociones y asociaciones de “lo cultural”. Podemos observar cómo “los extranjeros” y “los autóctonos” son una antinomia imperfecta del mismo modo que lo son “los extranjeros” y “los inmigrantes”. Todas ellas son relaciones llenas de fisuras y ordenaciones que configuran múltiples elementos de pertenencia y de exclusión.

La presencia de población extranjera de retiro en distintos dispositivos sanitarios públicos de la provincia de Alicante es incontestable. La falta de recursos públicos y estrategias institucionales para afrontar esta demanda socialmente difusa, también. Las consecuencias de ello afectan al funcionamiento de los centros y a la atención de las personas. Para el sector salud la inmigración se traduce en saturación, listas de espera, demandas imprevistas, falta de tiempo, dificultades lingüísticas, riesgo de mala praxis y descoordinación entre distintos niveles. Unas barreras materiales, comunicativas y culturales que dificultan tanto la atención como el acceso a la salud, y que el sector sanitario, huérfano de modelos amplios de diversidad, va sorteando con prácticas tanto de adaptación, de resistencia como de innovación (Uribe, 2007). Un desequilibrio entre la oferta y la demanda que los dispositivos privados aprovechan para desplegar sus servicios.

Con la población inmigrante de retiro también hay fricciones en el ámbito asistencial, pero éstas no tienen que ver con la legalidad, con sus condiciones materiales de vida, su origen étnico o su adscripción religiosa, sino que guardan relación principalmente con la edad, los cuidados en la vejez y la gestión de la incertidumbre. Su presencia y sus estilos de vida provocan muchos contrastes culturales derivados de la comparación con los modelos familiares y los *cuidados*, de cómo es entendida la vejez, y de los riesgos que la migración a una edad avanzada conlleva. Unas diferencias que a menudo se expresan en forma de reproche como fórmula para hacer observaciones o dar información, y en ocasiones, con un ejercicio de poder por parte de quienes les atienden. Este tipo de relación es extensible al trato, en general, con las personas mayores. El hecho de que la implicación del personal sanitario con las personas mayores sea integral, hace que también se permitan los juicios sobre sus acciones particulares (Kaufman, 1994: 432). Y al igual que en unos casos no se reconoce el prejuicio étnico o religioso, en otros tampoco se reconoce el etario.

## **5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud**

La inmigración de retiro a las costas españolas tiene una repercusión social, política y mediática específica, que guarda relación con tres de sus elementos característicos: su mercantilización, su amparo legal, y la edad a la que se emprende. Esta movilidad no es indiferente a nivel social, ni sólo recibe sanciones positivas. Como ya hemos visto, también provoca controversias, especialmente en las áreas de asentamiento y en sus servicios sanitarios públicos. Se trata de una población que tanto es reclamada desde el interés, como rechazada por su coste. Y es en esta divergencia de criterios donde se ubican las representaciones sociales en torno a este fenómeno en la provincia de Alicante.

Este capítulo trata de mostrar algunos de los espacios y discursos políticos, sociales y mediáticos que configuran y modelan el fenómeno social de la inmigración de retiro en España.<sup>153</sup> Escenarios diversos que dan pistas sobre los esquemas de sentido en que esta población es ubicada, y los modelos desde los que la sociedad española y alicantina interpreta su presencia. Conociendo en qué términos se entiende este flujo migratorio, podremos contextualizar mejor sus relaciones con la sociedad de destino, y las bases desde las que surgen los conflictos. Prestaremos especial atención a la salud y a la sanidad como núcleos semánticos y discursivos, a partir de los que se van a elaborar algunos de los principales reclamos y críticas hacia la inmigración de jubilados extranjeros.

---

<sup>153</sup> Desde la perspectiva del análisis de las formas ideológicas que operan para construir al sujeto migrante cabe destacar dos trabajos realizados en el Estado español. Uno de ellos es el de Enrique Santamaría (2002), que analiza los macro-discursos en torno a la “inmigración no comunitaria” como configuradores de la realidad; el otro, de Carmen Romero (2006), que fija su atención en cómo estos discursos son performados desde la consideración de “mujer migrante” como un “artefacto semiótico-material”.



## 5.1. Configuraciones sociales desde la ambivalencia

Los aeropuertos son entornos de tránsito internacional, condensaciones de diversidad en fluctuación. Son espacios representativos de las encrucijadas de movilidades contemporáneas, y de sus implicaciones políticas y sociales (Augé, 1998). Y fue precisamente en los aeropuertos de dos ciudades del Reino Unido y España, donde sendos mensajes mostraban las claves del carácter ambivalente que envuelve a la inmigración de retirados.

El primero de ellos se podía vislumbrar al atravesar uno de estos pasillos tubulares entre terminales que permiten las vistas al exterior. En una enorme valla publicitaria, una compañía aérea invitaba a volar a España. Se trataba del aeropuerto de Manchester. La lluvia resbalaba sobre la imagen compuesta de pareja, sol y playa, bajo la que se rubricaba la invitación: *“Go find the sun”*. En un día gris, como tantos otros, el mensaje tentaba a escapar del Reino Unido y del frío, y a volar a ese horizonte cercano y asequible que es España.

A mi vuelta del Reino Unido, en el aeropuerto de El Altet (Alicante) encontré una contrarréplica. En un cartel pegado en una farola próxima a la parada de autobuses, se advertía con contundencia: *“If you buy in order to destroy, Go home!”*. Su motivación no era el marketing sino la protesta. Era una acción firmada por la plataforma social “La región de Murcia no se vende”. Desde ella manifiestan su rechazo a los *resorts*, complejos turísticos residenciales de gran demanda extranjera, a los que consideran causantes del deterioro del litoral murciano.<sup>154</sup> Dos países, dos mensajes distintos, pero un mismo destinatario: el noreuropeo que busca sol, ocio y experiencias. Un botón de muestra de los diferentes sectores sociales implicados y sus intereses, reflejados en los respectivos discursos de atracción y rechazo. En definitiva, una síntesis de los términos antagónicos en los que oscila este tipo de movilidad.

---

<sup>154</sup> El pasquín estaba puesto en el aeropuerto de Alicante porque muchos de los que tienen como destino Murcia los hacen a través de este aeropuerto.

Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud



Figura 8. Carteles y viñetas de rechazo al turismo residencial  
Fuente: <http://caravacanosevende.blogspot.com/>



Los inmigrantes de retiro son una población de presencia liminal en la esfera pública española (O'Reilly 2000). No sólo por la manera en la que son percibidos por la población española, sino también por la posición social que ocupan en los enclaves en los que residen, temporal o permanentemente. A pesar de su traslado y el establecimiento de su residencia, no son reconocidos como inmigración sino como turismo, es decir, como transitorios. No son caracterizados numérica ni socialmente como minoría, sino que son identificados por las “colonias”, “enclaves” o “guetos” donde habitan. Tampoco son diferenciados étnicamente, ya que su condición de extranjeros les convierte en “guiris”, y su edad en “ancianos”. Son nominaciones cargadas de sentido que perfilan la percepción difusa que la población autóctona tiene de ellos, y que se retroalimenta por su escaso contacto. Su posición liminal favorece que la población extranjera de retiro y sus necesidades estén en el centro de atención para unos, como en el margen para otros. En 1975, la escritora británica Laurie Lee describió a los españoles como:

*“Someone who believes himself superior, both in culture and morality to any other people in the world, and believes this so strenuously he neither boasts nor hates but welcomes strangers with chivalrous warmth based on compassion for their benign shortcomings”.*<sup>155</sup>

La estadounidense Jacqueline Waldren puso esta cita en la monografía que realizó a partir de su trabajo de campo en Deià (Mallorca). A raíz de ella afirmaba que, probablemente, esta actitud era cierta cuando se trataba de extranjeros que realizan estancias cortas. Sin embargo, cuando éstos son residentes, la autora había comprobado que la calidez se tornaba en ambivalencia: *“In Deià, most locals have sense of compassion for foreigners who live alone, have no religion or property (...) Strangers was to be feared as aggressors but at the same time welcomed as potential benefactors.”*<sup>156</sup> (1996:141) Una mirada bipolar que se puede hacer extensiva a los autóctonos del resto de lugares turísticos donde la población extranjera está presente.

Los distintos estamentos políticos, sociales y económicos españoles reaccionan de modo ambivalente ante la llegada de inmigrantes de retiro, pues por un lado suponen un empuje a las economías locales; pero por otro, incrementan la demanda de servicios sanitarios y de infraestructuras. La prensa española, de manera mucho más sensacionalista la gratuita, da cuenta y al tiempo alimenta estos discursos antagónicos que tanto celebran las bondades del turismo y la inmigración de retiro, como

---

<sup>155</sup> “Aquel que se cree superior a cualquier otra persona en el mundo, tanto en cultura como en moral, y cree esto de manera tan enérgica que ni odia ni se jacta por ello, sino que da la bienvenida a los extranjeros con una cálida cortesía basada en la compasión por sus benignos defectos”.

<sup>156</sup> “En Deià, muchos locales sienten compasión por los extranjeros que viven solos, que no tienen religión o propiedades (...) Los extranjeros eran temidos como posibles agresores, pero al mismo tiempo bienvenidos como posibles benefactores”.

## Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud

denuncian sus impactos, especialmente los que atañen al gasto sanitario. Una suerte de controversia que se traduce en una mirada dual y confrontada donde la promoción de unos intereses colisiona con la protección de otros, donde los gestos políticos de bienvenida se efectúan bajo el cálculo entre gasto y beneficio. Una ambivalencia extensible a la inmigración en general, y que en parte deriva de la posición geopolítica y simbólica de España como norte del Sur para la inmigración económica extracomunitaria, y como sur del Norte para los países de la Unión Europea.<sup>157</sup>

### *“I give you everything”. Discursos desde el interés*

El sol mediterráneo y la calidad de vida han pasado a ser bienes mercantiles con los que se satisfacen las necesidades contemporáneas de consumo de estilos de vida<sup>158</sup>. Bienes de carácter inmaterial introducidos en la economía global a partir de su territorialización. Para que los deseos puedan materializarse y la demanda rentabilizarse, sólo resta la explotación del suelo y la promoción de los desplazamientos hacia los nuevos edenes. De esta ecuación entre sol y suelo, movilidad y asentamiento, se derivan muchos de los reclamos del turismo residencial. La inmigración de jubilados europeos es promocionada y celebrada por los sectores económicos que animan al consumo. La empresa turística seduce con cantos de sirena tanto a turistas como a futuros residentes, porque a menudo proclama las bondades de los mismos entornos y de los servicios a los que ambas poblaciones se pueden acoger.

Los organismos oficiales españoles también salen en busca de consumidores. Con mensajes como: *“I give you everything”*, la Conselleria de Turismo de la Generalitat Valenciana iniciaba una campaña de promoción turística de la Comunidad Valenciana en Londres, Birmingham y Manchester.<sup>159</sup> Mediante la rotulación de autobuses y taxis de estas tres urbes con mensajes propios del amor romántico más desinteresado, publicitarían sus cuatro marcas más sonoras: Valencia, *“Terra i Mar”*; Castellón, *“Costa Azahar”*; Alicante, *“Costa Blanca”*; y *“Benidorm”*. Sus imágenes iban a ser transportadas entre las prisas urbanas y el cemento inerte tratando de suscitar el idilio valenciano. La *Consellera* de Turismo pretendía reforzar la presencia de la Comunidad en el mercado británico, su principal emisor de turistas,<sup>160</sup> con el fin de afianzar e incentivar las visitas. Unos turistas que oscilan anualmente y cuya

---

<sup>157</sup> Comunicación personal de Verena Stolcke.

<sup>158</sup> Urry (1990) contextualiza el turismo en la modernidad tardía, donde occidentales solventes no atados a economías de producción se entretienen con el consumo de experiencias de otredad en un mundo globalizado, barato y rápido.

<sup>159</sup> *Las Provincias*, 11/11/08.

<sup>160</sup> En el año 2007 visitaron la región un total de 2.551.782 turistas británicos, que representan un 45% de la demanda extranjera.

afluencia es necesario mantener, dada la competitividad existente en la industria turística ante la aparición de nuevos destinos asequibles y de calidad. Al respecto, la *Consellera* manifestó: “Los británicos que visitan la Comunidad la perciben como un destino que destaca por tener buenas playas, buen clima, y una buena relación calidad precio”, añadiendo que “en general, el nivel de satisfacción del turista británico es muy alto, ya que el 84% manifiesta su intención de volver”. Pero cabría preguntar si su intención de volver es ¿en calidad de turistas, de residentes, o de visita a sus familiares o amigos que se han establecido en España? Tanto si vienen de paso como para quedarse, hay quienes consideran que el turismo y la actividad económica generada por los turistas residenciales es un maná del que la economía española no puede prescindir, sino como mucho, encauzar.

Distintos agentes sociales destacan la ventaja económica que la migración de jubilados supone, donde sus ansias de sol se traducen en venta de suelo e ingresos en el sector servicios. Estos datos suelen destacar el número de “turistas”<sup>161</sup> que han llegado a nuestros aeropuertos, las pernoctaciones en hoteles o la cantidad de casas adquiridas por parte de extranjeros comunitarios. La prensa española refleja el éxito de la empresa turística y de los valores de España con titulares como: “*Locos por el sol de España*”.<sup>162</sup> En esta noticia se celebra el éxito de las costas del sur, Levante y las islas, que son sus destinos preferidos, donde desde 2001 más de 100.000 europeos compran cada año viviendas, lo que supone una inversión de 200.000 millones de euros. La población jubilada que viene a España atraída por lo bueno, bonito y barato de las tierras mediterráneas, encuentra en la oferta inmobiliaria la mejor aliada para servirles en bandeja de plata su sueño de bienestar. Para ello utiliza la retórica, la persuasión de las imágenes, y la eficacia de los eslóganes:

“*Visit the Costa Blanca - you will love it*”<sup>163</sup>  
<http://www.costablancauncovered.com/>

“*Costa Blanca South: 'It must be a piece of the sky' said the Moors when they arrived on the Costa Blanca, a thousand years ago. Accustomed to the hot desert, they believed that his place was paradise on earth*”.<sup>164</sup>  
[http://www.aspectestates.co.uk/costa\\_blanca\\_south.html](http://www.aspectestates.co.uk/costa_blanca_south.html)

“*A country full of sunshine and welcoming people*”<sup>165</sup>  
<http://www.headlands.co.uk/Countries/Spain>

---

<sup>161</sup> Hay que matizar que en estas noticias son entendidos como turistas por su origen, no por sus motivaciones de viaje.

<sup>162</sup> *Diario 20 minutos*, 10/09/07.

<sup>163</sup> “Visita la Costa Blanca, ¡te encantará!”

<sup>164</sup> “Costa Blanca Sur: ‘Debe ser un pedazo de cielo’ dijeron los moros cuando llegaron a la Costa Blanca hace mil años. Acostumbrados al caluroso desierto, pensaron que este lugar era un paraíso en la tierra”.

<sup>165</sup> “Un país lleno de sol y de gente acogedora”.

## Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud

Esta última corporación ofrecía propiedades en Bulgaria, Turquía, Chipre, Italia, Portugal y España. De cada país señalaba un decálogo de razones por las cuáles merecía la pena adquirir una propiedad. Las de España hacían mención a un mercado en el cual todavía se pueden encontrar gangas, un nivel asequible de vida que permite estirar tu dinero, la cercanía del Reino Unido (a 2,5 horas de las principales ciudades), el clima, la salud y la gastronomía. Además, un amplio gradiente cultural e idiomático según gustos: desde la españolidad a la *britishness*, con áreas tradicionalmente españolas y otras con gran influencia extranjera, en donde el inglés es ampliamente hablado. Las imágenes de las regiones, ciudades marítimas y pueblos de interior, se suceden unas a otras, escindidas del entorno y descontextualizadas de su realidad social. Un artificio metonímico de la parte por el todo encaminado a comercializar un territorio y vender una propiedad.

En el área que nos ocupa, lo que se oferta en primer lugar es España y su imaginario asociado. La Costa Blanca y la Costa Blanca Sur son unas de las concreciones del producto *España*, invenciones turísticas sin rostro ni historia en las que sólo se reconoce quien vende y quien compra. Finalmente se alude a las distintas localidades donde se oferta la propiedad. Una de las principales bazas que se destaca en estos discursos sobre la Costa Blanca Sur es que es más barata y saludable. Se está dando fuelle a poblaciones que estaban fuera del marco turístico a partir de un proceso de terciarización, dándoles una pátina de tradición que trata de poner en valor sus atractivos en una construcción “hacia fuera” como rentables y, a la vez, evocadores (Nogués, 2005). En cuanto a la salud, la referencia al pronunciamiento de la OMS sobre las propiedades saludables de la zona, es uno de los lugares comunes en las retóricas sobre esta área del sur. Principalmente distinguen este privilegio en Torrevieja, pero se suele extender a otras localidades del norte de la Costa Blanca a placer como estrategia comercial que es, ya que en tanto que rumor, resulta difícil de contrastar.<sup>166</sup> En ocasiones, entre las informaciones-ficciones que se dan sobre los lugares, también se atiende a lo práctico como la garantía de la cercanía de los servicios sanitarios y su calidad, a sabiendas de los intereses de los posibles clientes. En los sitios de internet de algunas de las empresas más fuertes del sector inmobiliario en el área, la venta de una propiedad se transmuta en una venta de salud como si de un consejo médico se tratara:

---

<sup>166</sup> Se cita a la OMS, pero no he logrado encontrar esta referencia en su sitio *web*.

*“Why buy property on the Costa Blanca? The Costa Blanca has an excellent year-round climate. The world health organisation (WHO) reportedly acclaimed it as one of the healthiest areas of the world. The humidity is relatively low and therefore ideal for sufferers of arthritis and other climatically influenced health problems”.*<sup>167</sup>

<http://www.thespanishpropertyregister.com/costa-blanca-property.htm>

*“The Southern Costa Blanca or White Coast as the name means has an average of 320 days a year of sunshine and maintains an average year round temperature of 24°C. According to the World Health Organisation the area has the “healthiest climate in the world”. This is caused by the combination of constant year round warm temperatures and the two huge salt lakes rich in minerals of “Laguna de la Mata” (now a conservation area) and the “Salina de San Miguel” that surround Torre Vieja. The natural salt lakes dry the air, therefore reducing humidity and producing a healthy atmosphere beneficial for people who suffer with chest problems, arthritis, rheumatism etc.”*<sup>168</sup>

[http://www.aspectstates.co.uk/costa\\_blanca\\_south.html](http://www.aspectstates.co.uk/costa_blanca_south.html)

*“The climate in the Torre Vieja is said, by the World Health Organisation, to be one of the healthiest anywhere in the world. The combination of the salt lakes and the surrounding mountains creates a unique microclimate. This climate is said to be good for sufferers of arthritis, rheumatism and asthma. Certainly 320 days of sunshine, an average yearly temperature of 18 degrees Celsius and very low annual rainfall, isn't going to do you any harm!”*<sup>169</sup>

<http://www.propertychoice.biz/abouttorrevieja.htm>

Se publicita un clima saludable, incluso como uno de los mejores del mundo, pero se venden casas. A partir de la transposición de significados, se alude a que comprar una casa en España se convierte en una compra de salud. El recurso a las bondades saludables del clima y del estilo de vida es un clásico para amplificar “el efecto llamada” con el que se intenta atraer a población extranjera con solvencia a la zona, particularmente a jubilados y jubiladas, ya que por su edad se les considera los principales buscadores de bienestar. En la era del consumo y de la globalización, los intereses del mercado inmobiliario son los primeros que utilizan la salud en sus estrategias de marketing. De este modo las consignas que las empresas inmobiliarias cuelgan en sus enlaces virtuales y publicitan en las reuniones de venta, son los

---

<sup>167</sup> “¿Por qué comprar una propiedad en la Costa Blanca? La Costa Blanca tiene un excelente clima a lo largo del año. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido esta área como una de las más saludables del mundo. La humedad es relativamente baja y por lo tanto ideal para quienes sufren de artritis u otros problemas sensibles al clima”.

<sup>168</sup> “El sur de la Costa Blanca, como su nombre indica, tiene una media de 320 días al año de sol, y una temperatura media a lo largo del año de unos 24° C. Según la Organización Mundial de la Salud, la zona goza del ‘clima más saludable del mundo’. Esto se debe a la combinación de temperaturas cálidas durante todo el año, y a dos inmensas salinas ricas en minerales, la ‘Laguna de la Mata’ (hoy en día un área protegida) y la ‘Salina de San Miguel’, que rodea Torre Vieja. Las salinas secan el aire, reduciendo la humedad, y favoreciendo un ambiente saludable beneficioso para las personas que sufren de problemas de pecho, artritis, reumatismo, etc.”

<sup>169</sup> “El clima de Torre Vieja, según la Organización Mundial de la Salud, es el más saludable del mundo. La combinación de las salinas y el hecho de que esté rodeada de montañas crean un microclima único. Este clima es considerado adecuado para aquellos que sufren de artritis, reumatismo y asma. Ciertamente 320 días de sol, una temperatura media de 18°C y las escasas precipitaciones ¡no le hacen daño a nadie!”

## *Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud*

argumentos con que los inmigrantes de retiro explican sus razones para venir a España.

La Unión Europea, como proyecto político, económico y social,<sup>170</sup> también invita a la movilidad de sus ciudadanos. Las actividades económicas anteriores han aprovechado las ventajas del mercado común y las condiciones favorables que supone el marco político de la Unión Europea. El mercado inmobiliario aprovecha no sólo las facilidades para la inversión y la movilidad de sus clientes en el entorno europeo, sino que para promocionar sus productos se sirve de la retórica cultural de los discursos de la UE. Con el fin de dar robustez a la Unión Europea, un proyecto que comenzó siendo un mercado interior, se ha recurrido al potencial ideológico de presentarla como un área cultural y como una familia de pueblos unidos por una identidad supraestatal. Sus folletos y cuadernos informativos así lo muestran con epígrafes como: “Reunir a la familia: historia de la Unión Europea”.<sup>171</sup> Con ellos, el artificio social y político que es la UE se presenta como algo dado, no sólo con proyección de futuro sino con un pasado común.

El proyecto de europeidad originado en las altas esferas políticas, se extiende al ámbito local alicantino en la forma institucional del Área de Residentes Europeos, creada en el 2003 por parte de la Diputación de Alicante.<sup>172</sup> Entre sus funciones se hace mención a la potenciación de “espacios de intercambio y reflexión para fomentar la integración cultural y social, así como el sentido de identidad y pertenencia a una sociedad”; y a procurar el “acceso de los ciudadanos europeos a todos los servicios y recursos públicos y mejorar su participación en la vida del municipio.”<sup>173</sup>

La Diputación tiene un programa de ayudas para los ayuntamientos que realicen actuaciones que beneficien la integración de residentes europeos. Sólo perciben estas ayudas los ayuntamientos que tengan concejalías de residentes europeos, no de turismo, y que organicen actividades y campañas para éstos. Durante mi investigación había 15 concejalías de Residentes Europeos y 50 que estaban unidas a Turismo. Esta información la recibí de la Diputada del Área de Residentes Europeos y Juventud, también concejala por el Partido Popular de una de las mayores zonas de urbanizaciones del municipio de Santa Pola, con quien pude tener un encuentro.

---

<sup>170</sup> En un primer nivel, la Unión Europea estableció el derecho de libre circulación como una de sus señas de identidad. Ya el Tratado Constitutivo de 1957 firmado en Roma hacía de la libre circulación de personas entre los países firmantes una herramienta orientada a la consecución del objetivo inicial de creación de un mercado interior de servicios. Más tarde, el Tratado de Maastrich de 1992 confirmaba la ampliación de este derecho a las personas que no desempeñan una actividad económica (Schriewer et al. 2007).

<sup>171</sup> De la publicación “¡Vamos a explorar Europa!” de la COMISIÓN EUROPEA (2005).

<sup>172</sup> La Diputación está formada por todos los municipios que integran la provincia. La componen los diputados electos entre los propios concejales municipales, estando encabezada por un presidente elegido por los miembros del Consejo en pleno, cuya responsabilidad es la de la administración y gobierno de la provincia.

<sup>173</sup> En: <http://www.residenteseuropeos.com/>



Según explicó, el cometido de su área era el de integrar socialmente a aquellos que residen en guetos, “que viven como en una burbuja”, para que conozcan la cultura, el idioma y reciban la información necesaria. Si bien afirmó que se pretendía atender a quienes pertenecen a la Unión Europea, las actividades que se organizaban no parecían reparar en las necesidades de todos los residentes europeos, entre los cuales está la población rumana o polaca, sino más bien a los de la UE15. Es significativo que para cubrir este cargo, buscaran a alguien cuya experiencia laboral previa se había desarrollado en el negocio inmobiliario del área turística de Santa Pola, según supe por una política de la oposición.

Entre las actividades que el Área de Residentes Europeos desarrollaba, podemos citar: el programa de charlas informativas, cursos de español, jornadas culturales, campañas de empadronamiento,<sup>174</sup> la elaboración de una guía informativa en varios idiomas sobre los temas de interés más relevantes para ellos,<sup>175</sup> y la celebración del anual “Encuentro de Residentes Europeos: *Eurometing*”. Un encuentro con el que, en declaraciones de la diputada a la prensa, se persigue afianzar el concepto de ciudadanía europea y la integración de los más de 160.000 europeos que residen en la provincia; en la que “pretende ser una plataforma de unión, una jornada de convivencia, un lugar en el que todas las nacionalidades europeas que allí se van a unir puedan intercambiar sus ideas, su forma de pensar, su cultura. Un lugar de interrelación de diferentes culturas y además, un lugar en el que promover esa idea de convivencia basada, sobre todo, en el respeto y la percepción de la diversidad”.<sup>176</sup> Pude asistir al que se celebró en Santa Pola en mayo de 2005. El sol decidió no avalar el triunfalismo de los discursos políticos, y el día señalado para celebrar el encuentro, replicó con una lluvia a cántaros. Así es que las menciones al clima, entre excusas e ironías, fueron constantes durante la presentación del acto. Y es que el marketing y la política tienden a obviar que, justamente una de las señas de identidad del clima levantino aparte de los días de sol, son sus manifestaciones inesperadas y extremas, como la sequía y las inundaciones. De modo que al gorro para el sol que la Diputación de Alicante regalaba, tuvieron que sumar el obsequio de chubasqueros.

Desde el escenario, el Vicepresidente de la Diputación, la Diputada del Área de Residentes Europeos, el Alcalde de Santa Pola y el Decano del Cuerpo Consular

---

<sup>174</sup> Durante el periodo de la investigación, el ayuntamiento de Torrevieja intentó paliar el subregistro concediendo pagas extra de de 180 euros en verano y Navidad a todas las personas jubiladas empadronadas en el municipio, así como facilitándoles el uso gratuito de los autobuses urbanos.

<sup>175</sup> La Guía de Recursos e Información para Residentes Europeos está dividida por cuadernillos en los que se abordan temáticamente los servicios sociales, la sanidad, la vivienda, los impuestos, la residencia, el padrón municipal, el permiso de conducción, la propiedad horizontal y la educación. Básicamente es un compendio informativo de derechos, deberes y procedimientos.

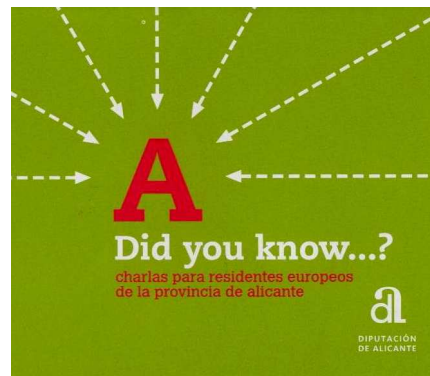
<sup>176</sup> *Información*, 12/05/2005.

### Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud

fueron formulando sus discursos de celebración y agradecimiento. Se habló de la “Alicante internacional”, y de este acto como una de “nuestras” maneras de hacer Europa. Mientras que a los asistentes europeos se les señaló como “los mejores embajadores de nuestra tierra”. El alcalde les invitó a que se quedaran aquí, a que se sintieran como en casa porque Santa Pola es un pueblo que quiere recibir a gente de otros países, recibir su cultura y compartir la suya con ellos. Opinión con la que no coincidía una santa polera que cuando le conté lo que sucedía en el interior recinto, dado que era a puerta cerrada, exclamó: “¡Ah, éstos son los que vienen a chupar!”.

El acto institucional se clausuró con una versión glocalizada de la Novena Sinfonía de Beethoven interpretada por una banda de *dolçainers* y *tabaleters*, ante la que solemnemente se alzaron los asistentes. A continuación se dio paso al espectáculo del ágape y a la espectacularización de la tradición. Numerosos *stands* de turismo y sus obsequios, comida por doquier y la concurrida barra libre. Se trataba de engullir la provincia entera en forma de nísperos, helados, turrón, vino blanco o moscatel. Lo cierto es que se parecía más a una feria de turismo o a un acto electoral para jubilados, que a una celebración de la diversidad. La afrenta por alcanzar la barra y los obsequios era tan desordenada como la española, a excepción de la zona acotada para políticos y representantes en la que departían a salvo del bullicio.

El encuentro llamaba la atención por su contraste con los tildados como “multiculturales” que se celebran con los “otros” inmigrantes, donde por el contrario son ellos quienes al parecer tienen que mostrar y demostrar a la sociedad de destino sus costumbres y tradiciones. Todos son inmigrantes, pero mientras que en unos son los inmigrantes los que observan, en otros son éstos los observados. La consideración de la diversidad en un acto a puerta cerrada, no dejaba de resultar reduccionista y contradictoria, además de ejercer cierta violencia simbólica al no incorporar otros orígenes que no reciben tanta barra libre, loa ni pleitesía. Aquí la población autóctona era mostrada trabajando la palma, barquitos de sal, encaje de bolillos, el esparto, la cerámica. Las redes de pescadores y los paneles mostrando sus usos terminaban por completar el escenario de hábitos y costumbres de la provincia en que consistía la ambientación. Una suerte de autocaricatura identitaria usual en los lugares tocados por el turismo de masas (Morin, 1990:63). Lo local se hacía presente a través de unos políticos esquivos de tan pronto discurso como desaparición, y de quienes eran expuestos en los escenarios como los cuerpos de la tradición. Como “turistas de experiencias ajenas” (Rizoma, 2005:62), los locales también observaban la escena, urdían complicidades, dejaban escapar sonrisas y hacían comentarios irónicos en un entorno en el que, más bien, se sentían extranjeros.



**Figura 9.** Eurometing en Santa Pola (2005)  
Fuente: Elaboración propia

## *Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud*

Todos los ejemplos señalados son discursos de atracción formulados por distintos agentes sociales que acogen a una población europea desde los réditos económicos y políticos que se derivan de su movilidad y presencia en suelo español. Algunos de estos beneficios tienen que ver con la inyección de capital en las economías locales, el aumento del consumo y del empleo inducido (principalmente en los sectores de construcción y servicios), el incremento de los impuestos locales de carácter inmobiliario o de base municipal, la reactivación del mercado de la vivienda, o el desarrollo de equipamientos sociales y actividades de ocio. Asimismo, en el plano sanitario hay que añadir el incremento de clínicas y consultas privadas que surgen como alternativa a los servicios sanitarios existentes. Para el estamento político local esta población se traduce en término de votos potenciales e inversiones económicas. Una consideración que remite al carácter instrumental de la ciudadanía europea donde la persona es definida en términos de trabajo y consumo. Donde la identidad europea y la integración, más que interesarse por el ser europeo, tiene que ver con el haber europeo (Nair, 2005).

Ahora bien, el interés mercantil y las retóricas de europeidad no se hacen cargo de los problemas que surgen de la llegada de una población específica a unos entornos que no siempre disponen de los recursos e infraestructuras necesarias para vivir. Un territorio vendido para vivir, en el que no se está haciendo previsión ni planificación social ni sanitaria alguna. Pero quizás debido a un incremento de su visibilidad social, urbanística e institucional en una coyuntura social en donde los recursos se perciben como escasos, la inmigración de retiro es cada vez más, objetivo de discursos que cuestionan los costes de su presencia.

### *“Go home!” Discursos desde la insostenibilidad*

Como hemos visto, el flujo migratorio de retiro proveniente de Europa también despierta discursos de rechazo que hacen de contrapeso a los celebrados como efectos positivos. Las principales críticas tienen que ver con el deterioro del entorno que supone su modelo residencial y los efectos económicos negativos derivados de la demanda de servicios sanitarios, domésticos y de infraestructuras. Todo aderezado con turbias tramas urbanísticas y un sentimiento de invasión neocolonialista. En este apartado, más extenso que el anterior, se muestran voces que cuestionan la sostenibilidad medioambiental, económica y sociocultural de este tipo de flujo migratorio.

En mayo de 2008, el showman Leo Bassi enardecía al abarrotado teatro de Elche (Alicante) reclamando que “devuelvan los campos de golf a las cabras y que se vayan los cabrones”, seguido de una gran ovación del público. Era la conclusión de

unas críticas lanzadas frente a la urbanización masiva del territorio y su ocupación por parte de extranjeros del norte. La arenga contra los campos de golf expresa el rechazo al modelo de desarrollo en que se insertan. Los colectivos ecologistas abanderan las principales críticas a la proliferación tanto de urbanizaciones, como de campos de golf. Uno de estos documentos accesible en bares, asociaciones y establecimientos llevaba como título: *“Urbanitzacions: destruint el territori, hipotecant el futur”*<sup>177</sup> (2007). Era de *Ecologistes en Acció del País Valencià*, y en él se recogían algunas de las razones que se esgrimen para denunciar el que consideran un modelo residencial nocivo que atenta contra el medio ambiente y la cohesión social, hipoteca la calidad de vida de las generaciones futuras y trastoca la identidad del País Valencià.

En el folleto se denuncia del impacto que las urbanizaciones tienen en los parajes naturales puesto que provocan la pérdida de terrenos agrícolas, incrementan el tránsito, aumentan los costes de mantenimiento de las infraestructuras y los servicios, y suponen un consumo insostenible de agua. Las urbanizaciones son entendidas como una plaga consecuencia del turismo residencial del norte de Europa, cuya raíz se hunde en la especulación inmobiliaria. Un negocio inmobiliario que perjudica al sector turístico, puesto que deja escasos beneficios a los sectores hosteleros y de restauración. En uno de los apartados también se relaciona a las urbanizaciones con la pérdida de identidad, la segregación social y la inseguridad:

*“La urbanització del medi rural transforma el camp en un espai desposseït de la cultura agrícola i de la seua història, cosa que provoca la desaparició dels vincles entre els habitants i el territori; en aquest context creixen el desarrelament social, l'aïllament i la pèrdua d'identitat i de sentiment de comunitat. Aquestes noves formes urbanes tampoc no afavoreixen la cohesió social, ja que el mercat immobiliari tendeix a agrupar en cada urbanització a una població amb un perfil socioeconòmic molt semblant, impeding la coexistència i la interacció entre grups socials diversos, que és una de les grans riqueses de les ciutats; per altra banda, l'oferta massiva de sòl urbanitzable no ha abaratit el preu dels habitatges, sinó tot el contrari. Altra conseqüència d'aquest model urbanístic és l'increment de la inseguretat, tant per la dispersió dels habitatges, desocupats bona part del temps, com per la pèrdua de vida als carrers, reduïts a simples vials de circulació motoritzada”*.<sup>178</sup>

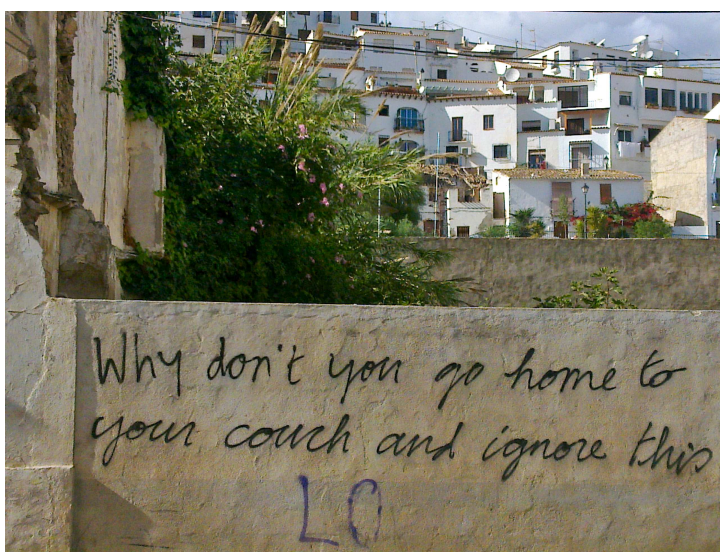
---

<sup>177</sup> “Urbanizaciones: destruyendo el territorio e hipotecando el futuro”.

<sup>178</sup> La urbanización del medio rural transforma el campo en un espacio desposeído de la cultura agrícola y de su historia, lo que provoca la desaparición de los vínculos entre los habitantes y el territorio; en este contexto crece el desarraigo social, el aislamiento, la pérdida de identidad y de sentimiento de comunidad. Estas nuevas formas urbanas tampoco favorecen la cohesión social, ya que el mercado inmobiliario tiende a agrupar en cada urbanización a una población con un perfil socioeconómico muy parecido, impidiendo la interacción entre grupos sociales diversos, que es una de las riquezas de las ciudades; por otra parte, la oferta masiva de suelo urbanizable no ha abaratado el precio de las viviendas, sino todo lo contrario. Otra consecuencia de este modelo urbanístico es el incremento de la inseguridad, tanto por la dispersión de las viviendas, desocupadas buena parte del tiempo, como por la pérdida de vida a las calles, reducidas a simples viales motorizados de circulación (Traducción propia).

## Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud

Desde estos planteamientos, las urbanizaciones se critican porque no son parte de la cultura, de la identidad, de la tradición, ni siquiera de las localidades en las que se insertan, especialmente si éstas no han sido anteriormente turísticas. De hecho, las urbanizaciones tienen una entidad al margen de la localidad a la que pertenecen, y sólo se vinculan a ella en términos administrativos. Algunas de estas urbanizaciones superan en población a los pueblos a los que corresponden, aunque no son parte cultural ni afectiva de él, sino un anexo a un municipio pero sólo en términos administrativos.



**Figura 10.** Manifestación urbana contra la urbanización (Altea)  
Fuente: Elaboración propia

Como prólogo a mi trabajo de campo, salí varias tardes de invierno del año 2006 a explorar en coche algunas de estas urbanizaciones que eran referentes visibles de la población a la que me quería acercar. Tras mucho tiempo y muchas vueltas mapa en mano, logré familiarizarme con algunos puntos, pero perderme era la tónica de mis recorridos. Cuando terminaba mis visitas estaba deseando regresar a mi ciudad y recuperar mis referentes. La sensación inicial de aquellas incursiones, fue la de atravesar los mismos paisajes aunque en distintas urbanizaciones, la de conducir por una extensión inmensa, abrumadora y vacía. Las urbanizaciones eran la suma de viales y de casas, con aceras tan solitarias como iluminadas. Un escenario casi fantasmagórico que se apagaba de repente una vez emprendido el rumbo hacia el pueblo del que formaban parte. Los espacios entre las urbanizaciones y los pueblos eran oscuros, descuidados y suficientemente elocuentes de la distancia social entre unos y otros. En ese momento yo desconocía las trayectorias de las gentes de la



urbanización y del pueblo, pero la falta de infraestructura y de indicaciones permitía intuir que no había un continuo entre ambas. Las urbanizaciones no se adscriben simbólicamente a ningún lugar porque en ellas habitan muchos lugares. No obstante, hay que matizar que no son un modelo residencial únicamente de europeos en España, sino que en ellas también tienen su segunda vivienda ciudadanos españoles de otras provincias y gente de la zona.

La oferta de suelo que materializa la demanda de sol, se vincula estrechamente a la especulación urbanística y a la venta del territorio a los extranjeros. A día de hoy la corrupción urbanística es materia de prensa habitual tanto en Alicante, en Murcia, como en otras provincias en donde se ha extendido el modelo de turismo residencial. Los alcaldes y concejales de municipios del sur de la provincia como Catral,<sup>179</sup> Torrevieja, Bigastro, San Fulgencio u Orihuela, siguen siendo noticia con titulares como: “El urbanismo corrompe la política de La Vega Baja” o “La corrupción política anida en la Vega Baja. Las tramas político-empresariales se suceden con el urbanismo de fondo”.<sup>180</sup> Los condimentos suelen ser los mismos en todas las tramas: política, urbanismo y dinero rápido.

“Las oscuras relaciones entre política y negocios urbanísticos en la comarca de La Vega Baja han estallado esta semana en los escándalos protagonizados por el alcalde de Bigastro y la alcaldesa de San Fulgencio. La honestidad de la clase política en La Vega Baja está tocando fondo. El epicentro de este escenario se sitúa en el urbanismo salvaje. La comarca ha experimentado un brutal crecimiento inmobiliario ante la pasiva mirada de la Generalitat, cuya función supervisora ha sido prácticamente nula (...) La brutal transformación de la comarca está en el trasfondo. En San Fulgencio, por ejemplo, una macroubanización ha trastocado la demografía del municipio. Los extranjeros residentes son ahora más del triple que los autóctonos. Ese desequilibrio está detrás del esperpéntico montaje de un falso soborno a uno de los concejales por parte de la alcaldesa y su equipo de gobierno”.<sup>181</sup>

Para Pedro Costa (2006), este fenómeno urbanístico es un modelo de colonización urbano-turística, al que ha nombrado como la “patología del *resort*”: “El *resort* no surge como anexo o complemento de un medio urbano ya existente, sino que se aparta de la realidad viva y consolidada, imponiendo un alto coste en infraestructuras y en recursos básicos: suelo, energía, agua”. En un artículo de prensa criticaba así la “grotesca y analfabeta” defensa de este invento del *resort* por parte del gobierno murciano, que lo defiende como modelo sostenible de explotación turística”.<sup>182</sup>

---

<sup>179</sup> Entre los casos de Orihuela y Torrevieja y los dos últimos de San Fulgencio y Bigastro, otro formidable ejemplo de urbanismo descontrolado polarizó la atención de los medios: los 1.200 chalets construidos en plena huerta de Catral, la mayoría en suelo no urbanizable y con licencia menor para vallados o viviendas de labranza. Por estos hechos están imputados el ex alcalde de la localidad, el socialista Rodríguez Leal, y cuatro concejales. El *Consell* reaccionó interviniendo el PGOU del municipio, pero justamente dos años después no ha aportado una solución definitiva.

<sup>180</sup> *El País* 02/11/2008.

<sup>181</sup> *El País*, 02/11/2008.

<sup>182</sup> *La Verdad*, 10/02/2006.

## Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud

Las urbanizaciones se identifican con un espacio saturado de foráneos consecuencia del desarrollismo salvaje por el que apostaron muchos ayuntamientos a principios de los noventa. Modelo que, según expertos urbanistas, es el principal depredador del territorio de la comarca, en cuya laberíntica trama afirma la policía que se cobijan grupos mafiosos.<sup>183</sup> Estos complejos urbanísticos se traducen en conflictos entre poblaciones: “Nos están comiendo. Se quieren llevar hasta el Ayuntamiento”, aseguraba a la prensa José, un jubilado del núcleo tradicional de San Fulgencio. “Nosotros pagamos, y ellos se lo gastan. Aquí falta de todo”, respondía por su parte Martín, de 66 años, residente en la urbanización La Marina, a tres kilómetros del centro. Hay que tener en cuenta que en San Fulgencio, la población autóctona es de 2.800 vecinos, mientras que la población extranjera es de 10.000.<sup>184</sup> No obstante, no hay que olvidar que las concentraciones de urbanizaciones se han gestado bajo un modelo de explotación del suelo propiciado por una legislación permisiva, una voluntad política favorecedora, y unos empresarios dispuestos a presentar propuestas, todos atraídos por las expectativas de dinero fácil (Serrano, 2007).

El sentimiento de invasión y de pérdida cultural asoma en la población autóctona, que a menudo percibe la migración de retiro y la instalación de sus negocios como un ejercicio de imperialismo. La población local utiliza los términos *gueto* y *colonia* para referirse a sus lugares de residencia y a quienes lo habitan por su poder para ocupar un territorio, escindirlo culturalmente del entorno y recrear su propia cultura. La carta al director de un lector alicantino, titulada “Extranjeros y complejo de superioridad”, es un ejemplo de esta mirada:

“Es muy curioso ver cómo las personas que provienen de otros países (especialmente los del norte de Europa) y que se instalan aquí o que visitan el país de vez en cuando, traen consigo (y no se pueden hacer generalizaciones) un alarmante complejo de superioridad. Ellos vienen, parece ser, del ‘paraíso’ del norte de Europa, donde todo funciona a la perfección, todo el mundo es feliz y no se conoce la mentira, la infamia o el crimen. Llegan aquí y desprecian a las gentes, las tratan como seres subdesarrollados, se ríen y critican abiertamente a los españoles y lo español en general (puedo citar frases escuchadas tales como ‘El problema de España es que está llena de españoles’ o ‘El español el débil’ o ‘No funciona esto, típicamente español’), no son capaces de hablar el idioma correctamente aunque lleven aquí años y años y luego se sientan a vivir a cuerpo de rey, bebiendo vinito de reserva y comiendo jamón de bellota. ¿Para qué hablar el idioma castellano si con el suyo les basta? Total, todo lo que suene a español es inferior... Superhombres *versus* orangutanes, vamos. Es impresionante ver cómo se las dan de educados y formales cuando son ellos los que evidencian con su conducta su arrogancia y prepotencia congénitas, además de una mala educación inaudita, y pasan por justos cuando en realidad no lo son.”<sup>185</sup>

<sup>183</sup>Las agresiones que el personal sanitario del Hospital Mare Nostrum relacionaba con la población del Este, no dejan de ser un reflejo somático de un modelo de economía sumergida, mafia e intereses inmobiliarios.

<sup>184</sup> *El País* 02/11/2008.

<sup>185</sup> Cartas al director. *Información*, 07/08/2008.



Los chistes que comenzaban con “érase un inglés, un francés y un español”, son también huella de unas relaciones de poder que no son nuevas, que se trataban de invertir a partir del humor. La gracia residía en que, dada una situación, lo que el inglés y el francés dijeran o hicieran siempre quedaba por detrás del ingenio y la picaresca española. Una manera muy sencilla de remontar el orgullo patrio frente a las potencias inglesa y francesa. Un orgullo que a día de hoy, hay quienes intentan recuperar utilizando la figura del “guiri”: “España es uno de los países más afortunados del mundo y al mismo tiempo el más estúpido. Aquí vivimos como en ningún otro lugar de Europa, y la prueba es que los guiris saben dónde calentarse los huesos” (Pérez-Reverte, 2008).<sup>186</sup>

Si algunos son destacados del conjunto de noreuropeos que se instalan en el territorio, éstos son los ingleses. Son los más numerosos y también los que más controversias generan. La figura del inglés está llena de connotaciones, generalmente negativas, que refieren a su talante de exigencia como rémora de su carácter imperialista, a su hipocresía,<sup>187</sup> y a su no voluntad de integración.<sup>188</sup> Desde el extranjero un ciudadano español entraba al debate promovido por *The Telegraph* del porqué del éxodo de británicos, citado en el primer capítulo. Aun viviendo en el extranjero su opinión de los británicos no distaba mucho de la de las voces de muchos de los españoles:

*“Judging by the views espoused here, everyone in Spain, the USA, Australia and New Zealand must be quaking in their boots as they await the cavalcade of racist bigoted Brits ready to drop onto their shores looking for a time and place when they thought GB was a great country. I can assure you the feeling is mutual. We in Spain have to endure the hordes of uneducated, uncouth, all day breakfast eating, chip scoffing, lager drinking, unsophisticated sun burnt, loud mouthed tattooed people also known as the Brits who frequent our shores and sadly make their homes here usually in the Southern Costa's, who add NOTHING to our society or culture. You see, I bet these jaundiced Brits don't like a taste of their own medicine”.*<sup>189</sup>

---

<sup>186</sup> *XL Semanal*, 6/07/2008.

<sup>187</sup> El caso mediático de la desaparición de la niña Madeleine en Portugal y las sospechas sobre sus padres, los McCann sacó a la luz críticas que referían a la desconfianza del carácter inglés. Decía un lector: “Como portugués, me siento profundamente indignado con el comportamiento y actitudes británicas. Quien los conoce, sabe que así es y así será, siempre...”. O como decía un lector de Andorra: “Anden con cuidado, señores policías, la hipocresía inglesa no es sólo un tópico más de eso que se ha descrito como “carácter nacional”. En mi opinión, hay mucho de hipocresía y fingimiento en esta pareja” (*El País*, 13/09/07).

<sup>188</sup> El 2008 fue un año de manifestaciones en toda la Comunidad Valenciana en la tribuna, en los medios y en la calle. La polémica asignatura de Ciudadanía aprobada por el gobierno socialista se había acatado en la Comunidad Valenciana, gobernada por el Partido Popular, pero habría de ser impartida en inglés. Este dictamen provocó bastante rechazo social que en algunas de sus manifestaciones en localidades turísticas como Altea, no sólo protestaba por la asignatura sino porque se entendía que ésta favorecía al asimilacionismo al inglés frente a la propia lengua e identidad local.

<sup>189</sup> “Según las opiniones expuestas aquí, todas las personas de España, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda deben estar temblando mientras esperan la llegada de británicos fanáticos y racistas, preparados para llegar a sus orillas en busca de un tiempo y un lugar cuando ellos pensaban que Gran Bretaña era un gran país. Les puedo asegurar que el sentimiento es mutuo. Aquí en España tenemos que aguantar las horas de maleducados, groseros, que se pasan el día comiendo el típico desayuno inglés y atiborrándose de patatas fritas, bebiendo cerveza, con quemaduras solares muy poco sofisticadas. Gente tatuada y gritona también conocida

## Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud

Sin llegar a la caracterización personal, el perfil anterior aparece en reportajes de prensa como: “Torre de Babel. Los extranjeros copan municipios del norte y sur de la provincia en cuyas zonas el castellano ya casi ni se habla y donde se multiplican los negocios para ellos”.<sup>190</sup> El artículo aparecía en un cuadernillo sobre inmigración que el periódico *Información* publica semanalmente, y en el que se intenta promover una imagen positiva de esta población. Sin embargo, el arquetipo proyectado de este colectivo era bastante negativo, comenzando por el título con su alusión al mito de la decadente y confusa Babel, siguiendo por el desarrollo en el cuerpo del texto. El reportaje reflejaba el mismo sentir que ya se forjó como discurso social en dos de las primeras publicaciones en España sobre la inmigración de retiro. Las ya nombradas “*España en venta*” (Jurdao, 1979) y “*España. Asilo de Europa*” (Jurdao y Sánchez, 1990).

Damos paso ahora a los discursos producidos desde el ámbito de la sanidad como uno de los escenarios sociales donde se genera mayor conflicto. Unos discursos que también se convierten en catalizadores de la posición social que la inmigración de retiro ocupa en el engranaje social.

### 5.2. Discursos desde la carga asistencial

El gasto que en el Sistema Nacional de Salud genera la atención a los millones de visitantes que anualmente llegan a España se observa cada vez con mayor escrutinio. En este coste se señala a turistas y a jubilados europeos, que si bien disfrutan de las ventajas derivadas de su ciudadanía comunitaria, no por ello quedan fuera del debate social sobre el impacto de la inmigración en los servicios sanitarios españoles y valencianos. En él, la inmigración de retiro es vista con sospecha como la de un contingente al que no sólo le atrae la bondad climática, sino que también persigue los beneficios de un sistema sanitario más accesible, universal y, por tanto, más ventajoso. Un colectivo considerado como gravoso para las arcas españolas debido a su volumen y a su edad, que envejece la estructura demográfica de las zonas receptoras, y que puede llegar a desequilibrar los presupuestos locales.

La distribución de recursos en el Estado, así como el establecimiento de servicios públicos o la organización de infraestructuras, se hace en base al número de residentes oficiales, por lo que las poblaciones con una amplia proporción de residentes no empadronados pueden verse perjudicadas. Las consecuencias que se derivan de ello son la saturación y la no adecuación al perfil de los usuarios (Hurtado,

---

como los británicos que frecuentan nuestras costas y tristemente hacen sus hogares aquí, en el sur del litoral, y quienes no aportan absolutamente NADA a nuestra sociedad o cultura. No creo que a estos británicos resentidos les agrade el gusto de su propia medicina”.

<sup>190</sup> Diario *Información*, 11/02/07.

2005). Algunas comunidades autónomas se quejan que tienen que atender a una población mucho mayor de la que realmente tienen censada, lo que está generando situaciones de déficit, no sólo asistencial, sino económico y de infraestructuras.

Previamente a entrar en los distintos discursos cabe que recordar que los ciudadanos europeos, a diferencia de los inmigrantes extracomunitarios, cuentan con el privilegio de la libre circulación y residencia, así como las garantías para la asistencia sanitaria en cualquier estado miembro. Las condiciones para la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Valenciana de los ciudadanos integrantes de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y Suiza así como de sus beneficiarios, vienen dadas por la posesión de la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE),<sup>191</sup> o bien de la Tarjeta de Asistencia Sanitaria (SIP).

La TSE sirve para estancias temporales o cortas en el caso de no tener la residencia en España. Es individual y certifica el derecho de su titular a recibir las prestaciones sanitarias que sean necesarias desde un punto de vista médico, teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia. Con esta tarjeta la asistencia sanitaria se recibirá en igualdad de condiciones con los asegurados valencianos, pero no es válida si el motivo del desplazamiento es recibir un tratamiento médico específico. En cuanto a la protección social, los jubilados europeos residentes en España tendrán derecho a las prestaciones no contributivas o asistenciales cuando carezcan de recursos económicos mínimos y acrediten un determinado tiempo de residencia legal en España. Sus opciones y garantías para la atención sociosanitaria en España son las mismas para toda la ciudadanía europea dentro de la UE.

La otra opción es la obtención de la SIP, para la que previamente necesitan el reconocimiento del derecho que otorga el Instituto Nacional de la Seguridad Social mediante la presentación del formulario E121,<sup>192</sup> y el NIE.<sup>193</sup> Una vez reconocido, el centro de salud tramita la expedición de la tarjeta sanitaria, para la que vuelven a pedir cualquier documentación identificativa y otros documentos que varían entre comunidades. Es cierto que la tarjeta sanitaria está vinculada a la residencia en una determinada comunidad autónoma, pero en algunas como en Andalucía, es poco

---

<sup>191</sup> Desde el día 1 de junio de 2004 los formularios de estancia temporal, fundamentalmente E111 y E128, fueron sustituidos por la Tarjeta Sanitaria Europea. La tramitación de dicha tarjeta de asistencia sanitaria debe realizarse en el país desde el que se desplaza.

<sup>192</sup> El E121, es un formulario europeo que toda persona que reciba una pensión tiene que pedir en su país de origen al trasladarse a España, transfiriendo así sus derechos de Seguridad Social y Asistencia Sanitaria al país de residencia. Antes de poder registrar su formulario E121 en la oficina de la Seguridad Social Española es necesario que tenga su Certificado de Registro de Ciudadano de la Unión, es decir haberse registrado en la policía como residente en España.

<sup>193</sup> Es un Número de Identificación de Extranjeros que no implica residencia en España.

## *Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud*

frecuente que pidan el certificado de empadronamiento, y es suficiente con un domicilio en la comunidad;<sup>194</sup> sin embargo, según información del Ayuntamiento de Torrevieja, allí sí solicitan el empadronamiento. Los Servicios de Salud de las comunidades autónomas pueden interpretar de modo diferente la normativa comunitaria, lo que lleva a que la solicitud de requisitos para acceder a la atención sanitaria no sean los mismos en todo el Estado, ni incluso en las distintas áreas de salud. La diferencia en los procedimientos y la confusión de la información ofrecida en ventanillas y páginas web, colabora en que sea muy difícil unificar criterios. Es decir, hay derechos que les avalan pero también hay cadencias, fricciones y usos estratégicos de los mismos que producen efectos no previstos; donde la normativa es laxa, su aplicación diversa, y las prácticas de funcionarios y profesionales, heterogénea.

A ello hay que añadir que el flujo de población que viene a España y su composición interna, no es comparable al que España emite a los países europeos, que es mucho menor, lo que hace que se parta de un desequilibrio migratorio intraeuropeo. Un gasto difícil de recuperar aun teniendo en cuenta que existen mecanismos económicos para compensar el diferencial migratorio. La movilidad de la población europea, en concreto la de jubilados, ha mostrado que en la práctica existe un amplio espacio de incertidumbre y de interpretación de la ley (Schriewer et al. 2007). La complejidad para articular los diferentes niveles administrativos que están implicados en la definición de los derechos de atención y en la gestión de los servicios, es uno de los principales motivos. Existen normativas comunitarias sobre atención, pero las competencias en materia de sanidad y asuntos sociales son nacionales, con lo cual es difícil armonizar derechos a un nivel europeo. Se intenta cohesionar, alimentar la idea de “familia europea”, pero los intereses y las idiosincrasias nacionales generan desencuentros cuando de recursos y de su gestión se trata. Las formas sociales son más flexibles y variadas que las legales. Ante estos vacíos, la población intenta maximizar sus beneficios y acomodar derechos y deberes a sus necesidades. A ello hay que añadir que la inmigración de retiro en un país distinto al que se desarrolló la vida laboral, produce una dislocación del contrato social intergeneracional en el que fundaron las políticas sociales de los sistemas europeos. Lo que pone sobre la mesa cuestiones como la reciprocidad social y la distribución de necesidades y recursos de las personas mayores entre Estados (Warnes and Williams, 2006).

Por ahora, el colectivo de extranjeros de retiro en la Comunidad Valenciana es bastante joven, con una media de edad que ronda los 65 años (CeiMigra, 2007), pero

---

<sup>194</sup> Comunicación personal de las investigadoras Mayte Echezarreta y Elsa Martínez, ambas de la Universidad de Málaga.

ya se observa con preocupación sus futuras necesidades de cuidados más específicos. Y si algún tema copa el debate en España, es el del turismo sanitario y los costes de la movilidad de los extranjeros, como mostraremos a continuación. Para ello nos hemos basado en una revisión de la prensa, de las manifestaciones de distintos agentes sociales, y en documentos oficiales que nos permiten situar los términos legales y sociales del debate.

### *Turismo sanitario*

El turismo sanitario es uno de los tópicos con los que se relaciona habitualmente la presencia de población inmigrante noreuropea en el Estado español. El turismo sanitario como discurso social, convierte a cada mayor extranjero en sospechoso de asalto a la sanidad pública española, bien para ser intervenido antes que lo sería en sus países, o para obtener una prótesis sin coste. Pero vamos a explorar primero qué nociones se han asociado al turismo de salud y al turismo médico o sanitario, conocido en el ámbito académico como *xenotourism*.

Siguiendo la idea de los entornos saludables, José F. Vera (1987:48) entiende la búsqueda de la salud en el turismo desde el aprovechamiento de los recursos naturales con fines terapéuticos. Sin embargo admite que hoy en día esta definición no es muy útil dado que la movilidad suele estar relacionada con otras actividades como el ocio. Peta S. Cook y colaboradores (2005), que hacen una revisión teórica de este fenómeno, se refieren al turismo médico o sanitario desde la definición elaborada por Jonathan N. Goodrich y G. E. Goodrich (1987: 217), por la cual éste consiste en el intento por parte de un servicio turístico (como un hotel) o de un destino (como Baden, en Suiza) de atraer personas promoviendo deliberadamente sus servicios sanitarios e instalaciones, además de sus atractivos turísticos. Esta definición se podría hacer extensiva a aquellos pacientes que viajan para recibir un tratamiento médico en otro país, por sus ventajas en el coste o por la disponibilidad. La segunda definición que utilizan Cook y colaboradores (Ibíd.) sobre el turismo médico, tiene que ver con la idea de combinar tratamiento médico y vacaciones. Es una descripción un tanto difusa precisamente por la fusión entre tratamiento médico y experiencia turística, y porque a veces es difícil distinguir entre una actuación sobre el cuerpo y un tratamiento médico. Éste sería el caso de la gente que se desplaza a Budapest a admirar su cultura y arquitectura, pero que aprovechan que el blanqueamiento dental es mucho más barato que en sus países. O quienes pueden disfrutar de vacaciones en América del Sur y aprovechar para tener cirugía ocular con láser, todo por el mismo precio que cuesta en

## Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud

su país esa intervención.<sup>195</sup> En suma se podría considerar que el turismo sanitario consiste en un balance entre el coste y la disponibilidad para un tratamiento, utilizando los recursos turísticos como un aliciente más.

El turismo sanitario a España recoge elementos de las acepciones anteriores. A menudo circulan rumores en los que se alerta de que los turistas ya vienen enfermos, que es una estrategia para saltarse las listas de espera de sus países de origen, que la sanidad británica les desahucia por fumadores, o que se provocan infartos o roturas de cadera en el mismo aeropuerto para poder ser intervenidos con carácter de urgencia. Un uso del sistema sanitario español por parte de la población extranjera que, por su premeditación y cálculo, es considerado como un abuso. Este tipo de discursos son los que mantienen la idea del turismo sanitario noreuropeo, que pesar de llamarlo turismo, también se aplica a todo residente jubilado del norte de Europa.

Los titulares de prensa: “*La Conselleria, sin armas contra el turismo sanitario*”;<sup>196</sup> “*Miles de turistas que vienen cada año buscando una prótesis*”<sup>197</sup> o “*Ultiman un decreto para frenar a los turistas que vienen a operarse gratis*”,<sup>198</sup> ponen de relieve la alarma social que el tema produce. En estos titulares de periódicos gratuitos, con su componente sensacionalista, se relata que hay quienes aprovechan su estancia vacacional para pasar por el quirófano, engordando así las listas de espera. En otros se sugiere que vienen en viajes organizados, y dan cifras millonarias de la magnitud del agujero negro que provoca. Y no sólo se habla de operaciones. En la noticia “*Turistas europeos vienen en busca de medicinas*”<sup>199</sup> se publican datos de un estudio del sindicato SATSE del hospital de La Vila Joiosa que indica que las medicinas son junto a las operaciones, el principal reclamo para los turistas europeos y los ‘residentes temporales’, sobre todo británicos”<sup>200</sup> Explican que para obtener la receta, los extranjeros acuden al centro de salud asignado a su hotel. En los titulares se habla de turistas, pero a menudo la foto con la que ilustran la noticia es la de personas de edad avanzada.

---

<sup>195</sup> En el sitio web <http://www.medicaltourism.com> se pueden encontrar algunos de estos paquetes y procedimientos disponibles.

<sup>196</sup> *20 minutos*, 12/05/05.

<sup>197</sup> *Qué!*, 13/01/2006.

<sup>198</sup> *20 minutos*, 13/01/2006.

<sup>199</sup> *Metro*, 14/03/2006.

<sup>200</sup> El traspaso de sus derechos de pensionistas a España permite a estos jubilados extranjeros tener derecho, como cualquier jubilado español, a los medicamentos gratuitos, un privilegio que no todos tienen en sus países de origen.

El turismo sanitario no sólo se relaciona con la población europea sino con la inmigración económica,<sup>201</sup> y con quienes provienen de otras autonomías, redundando así en la imagen de los recién llegados como “defraudadores en potencia” (Wihtol de Wende, 2000:17). Los nuevos decretos para mejorar la compensación entre territorios se publicitan en los mismos términos como: “*Control total al turismo sanitario en Valencia*”<sup>202</sup> o “*La Consejería legisla para vetar el turismo sanitario*”.<sup>203</sup> Estas noticias hacen mención a un decreto de la Generalitat Valenciana para poder exigir el gasto a desplazados de otras comunidades autónomas y países, y evitar que los extranjeros puedan operarse de forma gratuita en los hospitales de la comunidad. El procedimiento es un registro exhaustivo de los pacientes mediante la cuantificación informatizada del número de usuarios y la definición de las prestaciones a las que tienen derecho.

A pesar del carácter alarmista de algunos titulares, hay artículos que reconocen que no es fácil discernir entre turistas sanitarios y los que no lo son, y aún menos probarlo. Como afirmaba el *Conseller* de Sanidad valenciano, no se trata tanto de una ilegalidad, sino de un fraude de ley, pero éste es más difícil de demostrar.<sup>204</sup> César Gómez Garcillán, Subdirector de Gestión de Prestaciones de la Seguridad Social, afirmaba la existencia de turismo sanitario, pero consideraba que el problema principal es que no se puede decir cuáles son los principales países de origen de estos “turistas”, ya que podría originarse un “conflicto diplomático”.<sup>205</sup> Por su parte, la Ministra de Sanidad se manifestaba en favor de regular de los gastos generados por la atención a extranjeros, pero le restaba relevancia al señalar que no suponen una cantidad “muy importante”. No obstante, auguraba que con la incorporación de nuevos países a la UE podría incrementarse la cifra.<sup>206</sup> En estas valoraciones se intentaba desproblematizar unos flujos pero se anticipaba la supuesta futura carga por parte de la migración de aquellos países de próxima adhesión.

---

<sup>201</sup> Según información proporcionada desde el sindicato médico CESM, en el caso de los suramericanos, “cuando legalizan su situación, se traen a familiares para que se operen aquí” (*20 minutos*, 13/01/06). Marina Geli, consejera de Salud de la Generalitat de Cataluña, manifestó que la reagrupación familiar en el caso de inmigrantes extracomunitarios permite que sus allegados, a los que también da cobertura la tarjeta sanitaria, se beneficien de la sanidad española incluso cuando aún no se han instalado en España. Como ejemplo cita tratamientos caros a los que no tienen acceso de manera gratuita en sus respectivos países, trasplantes realizados recientemente se han hecho en pacientes extranjeros que han acudido a un hospital en estado muy grave y aquellas situaciones en las que los inmigrantes han traído a parientes para ser tratados de dolencias raras que en sus países no recibían atención (*El País*, 22/11/2005).

<sup>202</sup> *El País*, 16/03/2006.

<sup>203</sup> *El País*, 16/01/2006.

<sup>204</sup> *20 minutos*, 27.05.2005.

<sup>205</sup> *Europa Press*, 10/06/05.

<sup>206</sup> *Las Provincias*, 8/09/06.

## *Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud*

El turismo sanitario va a seguir dejando rastro en los debates mientras haya inmigración y haya déficit. Porque lo que sí tiene una respuesta más certera es que la movilidad, sea de turistas o residentes, tiene un coste y una carga asistencial importante para aquellos que trabajan en dispositivos del litoral mediterráneo, especialmente cuando no se han previsto medidas cuantitativas y cualitativas para abordar las nuevas demandas.

### *El coste de la movilidad*

Desde el punto de vista de la demanda de atención sanitaria, el fenómeno migratorio supone la adición a la población nacional de las necesidades de la población extranjera, que dependen del número y de sus características específicas de morbilidad. Los problemas apuntan a varias direcciones. Desde el plano político se pueden resumir en las dificultades en las que se ve inmersa la Unión Europea para implementar derechos fundamentales de la ciudadanía europea en materia de protección social, dado que las competencias pertenecen a los Estados. En el Estado español se da el problema de gestión de la cobertura sanitaria de los mayores móviles, tanto los españoles como europeos. El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) destina una cantidad al denominado Fondo de Cohesión Sanitaria que lleva funcionando desde 2002, por el que el Gobierno trata de compensar económicamente a las comunidades autónomas que más población reciben. La distancia entre las cifras de los gastos y las compensaciones hace dudar de la consistencia del procedimiento.<sup>207</sup> El crecimiento de la población significa mayor demanda de servicios, pero su financiación depende de las transferencias del Estado recogidas en los Presupuestos Generales. De no revisarse los cálculos de los conciertos entre el Estado y las CCAA o revisar al alza la financiación municipal, la consecuencia es que quien corre con los gastos son los presupuestos locales y autonómicos y no los del Estado (Comelles y Bernal, 2007). Por otra parte se compensa a las comunidades autónomas y no a los hospitales, que son quienes realmente efectúan la atención que prestan a pacientes de fuera de su territorio.

Según datos facilitados por Isabel de la Mata, representante del Ministerio de Sanidad en la UE, en 2004 España facturó a otros países de la UE el coste de la atención prestada a 182.921 viajeros comunitarios que poseían la Tarjeta Sanitaria Europea, de los cuales casi la mitad fueron atendidos en Valencia (71.000). Estas cifras de extranjeros atendidos en España contrastan con la de los 53.625 turistas españoles

---

<sup>207</sup> “La posibilidad de intercambiar facturas entre gobiernos autónomos en razón de los costes asumidos por atender a los desplazados fue desestimada en su día por razones políticas. Hoy ha llegado a convertirse en un imposible por cuestiones meramente técnicas, porque los sistemas de contabilidad y facturación que ha desarrollado cada gobierno autonómico son independientes y específicos, de modo que es imposible cruzar datos homogéneos (Schriever et al. 2007).



que recibieron asistencia en algún país de la Unión Europea.<sup>208</sup> Por su parte, la Consellera de Sanidad estimaba en unos 200 millones de euros el coste extraordinario que asumió en 2005 por atender a los turistas nacionales y extranjeros que visitaron la Comunidad.<sup>209</sup>

La provincia de Alicante figura a la cabeza de la atención sanitaria de extranjeros, donde cada año más de 2.900 jubilados extranjeros se incorporan a sus servicios sanitarios. Los países con un volumen más elevado de beneficiarios de tarjetas sanitarias en la Comunidad Valenciana son Rumanía (97.845 tarjetas), el Reino Unido (86.860), Marruecos (67.763), Ecuador (54.236), Colombia (48.792), Brasil, Bolivia y Bulgaria. De entre las provincias de la Comunidad Valenciana, Alicante posee el mayor número de tarjetas sanitarias concedidas a extranjeros, un 47,3% del total, más de doce puntos por encima del peso alicantino en las tarjetas regionales de las personas de nacionalidad española. La sobrerrepresentación de Alicante se explica por la presencia en esta provincia de un importante volumen de población comunitaria o asimilada (Ceimigra, 2007). De 2000 a 2004 hubo un incremento de un 37% en el número de pacientes extranjeros mayores de 65 años que se ha hecho notar especialmente en el aumento de la demanda asistencial en el dispositivo de las zonas de mayor turismo, como son el hospital de la Vega Baja y el de La Marina Alta.<sup>210</sup> Para algunos médicos de estos hospitales, la provincia de Alicante se ha convertido en un “paraíso” para este colectivo, en donde encuentran una sanidad mejor que la de su país.

Se demanda más control sobre el gasto, cuestión que compete a la administración española en cuanto a la eficacia en la tramitación de gastos a terceros y en la existencia de fondos de compensación. Para Magda Rosenmoller (2005), los profesionales sanitarios que trabajan en áreas turísticas españolas a menudo ni siquiera piden los datos a los pacientes extranjeros, de manera que el Estado español ingresa sólo una mínima parte del dinero que el resto de países de la UE deberían pagarle por prestar atención sanitaria a sus ciudadanos. La razón que esgrime, es que no están acostumbrados a cobrar por la atención médica porque se trata de un sistema universal y gratuito. De modo que cuando les viene un paciente extranjero muchas veces ni se ocupan de pedir sus datos, y si lo hacen, los documentos a menudo quedan arrinconados porque no hay tiempo para tareas administrativas. En cuanto a la “desidia” de los hospitales o los centros de atención primaria públicos, argumenta que ésta viene provocada por el hecho de que estos centros no gestionan la caja sanitaria,

---

<sup>208</sup> *El País*, 22/11/2005.

<sup>209</sup> *El País*, 03/07/2006.

<sup>210</sup> *Las Provincias*, 10/02/06.

## Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud

por lo tanto, su esfuerzo no se ve traducido en que los gastos ocasionados por los pacientes extranjeros reviertan en el centro como ingresos adicionales.<sup>211</sup>

En el caso de los extranjeros comunitarios, el Ministerio de Sanidad ha pedido en varias ocasiones la creación de un Fondo de Cohesión Europeo para compensar económicamente a los países la atención que prestan a usuarios de otros Estados miembros de la UE. España sería a todas luces el país que más saldría ganando con la creación de un organismo de este tipo, al que ya se han mostrado reacios varios países comunitarios, especialmente los nórdicos. En el Fórum Euromed Salud<sup>212</sup> la Ministra de Sanidad española, solicitaba también la implantación de una cartera básica de servicios en la Unión Europea para hacer más fácil y ágil la compensación de gastos generada por la creciente movilidad de pacientes dentro del perímetro comunitario. Bernard Merkel, Jefe de Unidad del Directorio de Salud Pública de la Dirección general de Salud y Consumo de la Comisión Europea, admitió en el mismo foro la dificultad de poner en marcha un catálogo básico de prestaciones en la UE, principalmente por la disparidad que existe entre los sistemas sanitarios de los distintos países miembros. Esta cartera básica de prestaciones no se podría imponer a los diferentes países sino que tendría que ser fruto del consenso, ya que las competencias sanitarias son nacionales o regionales, y es en estos ámbitos donde se decide qué prestaciones sanitarias ofrece un sistema público.<sup>213</sup>

Con la movilidad intraeuropea no sólo fluctúan trabajadores sino pacientes y, cada año, un número no calculado de ciudadanos europeos decide buscar tratamiento médico en otro país de la UE. El panorama de asistencia transfronteriza y su cobertura por parte de los sistemas nacionales de salud es muy complejo. Los debates sobre la asistencia sanitaria transfronteriza y, en particular, sobre la “movilidad de los pacientes”, se iniciaron a raíz de las sentencias del Tribunal de Justicia Europeo en una serie de asuntos relativos a la movilidad de pacientes concretos de distintos Estados miembros. Unos casos que muestran cómo este tipo de asistencia está todavía rodeada de incertidumbres legales que dependen de los países implicados y del tipo de tratamiento.<sup>214</sup> En varios casos el Tribunal de Justicia Europeo ha tenido que

---

<sup>211</sup> *El País*, 22/11/2005.

<sup>212</sup> En el Fórum Euromed Salud, en Barcelona, se congregaron responsables sanitarios de 38 países de la UE y de la cuenca mediterránea.

<sup>213</sup> *El País*, 22/11/05.

<sup>214</sup> Hay todavía pocos datos sobre cuánta gente realmente recibe atención sanitaria fuera de sus países de residencia, se desconoce cuánta gente conoce sus posibilidades para recibir atención en el extranjero, y tampoco hay información sobre el número de gente realmente estaría dispuesta a ir al extranjero y bajo qué circunstancias. Estas son las dudas a las que pretendió contestar el estudio “*Cross-border healthcare in the EU*” (*The Gallup Organization*, 2007). Algunos de los datos obtenidos mostraban que el 70% de la población de la UE27 cree que los costes de los tratamientos de salud recibidos en cualquier país de la UE son reembolsados a las autoridades sanitarias de sus propios países. Un poco más de la mitad de los ciudadanos de la UE estarían abiertos a buscar

pronunciarse sobre temas de derechos y reembolso, dictaminando que los pacientes tenían derecho a ser reembolsados por la asistencia sanitaria dispensada en el extranjero.<sup>215</sup> Si las resoluciones adoptadas en estos casos concretos son claras, su aplicación general no lo es. Así pues, el Consejo y el Parlamento Europeo pidieron a la Comisión que aclarase la situación y desarrollase un marco jurídico específico que tuviese en cuenta las peculiaridades del ámbito sanitario. En julio de 2008, la Comisión aprobó un proyecto de “Directiva sobre los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza”. Según ésta, los ciudadanos que tengan problemas de salud estando de viaje en otro Estado miembro, pueden recibir asistencia sanitaria y ser reembolsados por ella.<sup>216</sup>

Las políticas de salud de la UE en estos últimos años se han ocupado de facilitar la movilidad de los pacientes y establecer elementos correctores que eviten consecuencias negativas sobre los dispares sistemas sanitarios existentes. Entre los objetivos se plantea el aumento de la información disponible por los pacientes sobre tratamiento en otros Estados miembros, el uso de la capacidad excedente (tales como camas de hospital vacías), o el desarrollo de redes de expertos de salud y centros de excelencia.<sup>217</sup> Muestra de ello son el proyecto “Salud para todos” de la UE, el desarrollo de los derechos de los pacientes en asistencia sanitaria transfronteriza, el programa *Europe for patients* (E4P) o la Tarjeta Sanitaria Europea. Pero estas medidas no han resuelto las dificultades para la compensación de los costes de la asistencia sanitaria entre países, no se ha definido una cartera básica común de servicios médicos a escala europea, ni evitado el uso abusivo de prestaciones de un país por residentes de otro. Tampoco se ha reglado la práctica de la autorización previa requerida para tratamientos en el extranjero, ni agilizado el reembolso de los gastos a los pacientes. (Ceim, 2006:5).

Los europeos pueden desarrollar su vida entre diferentes lugares, pero los derechos sociosanitarios no permiten una adscripción múltiple entre sistemas (Schriewer et al. 2007). Por ello muchos jubilados extranjeros no transfieren sus derechos de pensionistas a España. De este modo no se ven obligados a renunciar a

---

tratamiento médico en otro país de la UE, especialmente si en su país no dispusieran de él, fuera más barato, la calidad fuera superior y la rapidez mayor. La mayoría del 42% que no viajaría a otro país para recibir tratamientos pertenecen a la UE15. Las razones aducidas es que están satisfechos con los servicios que reciben.

<sup>215</sup> Para conocer más sobre estas sentencias véase Klaus Schriewer y Joaquín Rodes (2006).

<sup>216</sup> También pueden beneficiarse de este sistema las personas que no puedan obtener en su propio país la asistencia sanitaria que precisan en un plazo razonable. Pero es posible que los ciudadanos tengan otras razones para viajar al extranjero con el fin de recibir tratamiento. Puede ser, por ejemplo, que vivan en una región fronteriza en la que los establecimientos sanitarios más próximos se encuentren al otro lado de la frontera.

<sup>217</sup> Desde la Comisión Europea de Salud de la Unión Europea se baraja la creación de centros asistenciales de referencia en Europa, que reúnan la máxima especialización en el tratamiento de determinadas áreas, como el cáncer o las patologías cardiovasculares.

las prestaciones que les ofrece el sistema sanitario de su país si es más ventajoso, o en caso de que no descarten volver.<sup>218</sup> Estos jubilados normalmente no se empadronan y utilizan la tarjeta sanitaria europea para recibir atención. Pero si se empadronan, una vez quedan registrados en España adquieren el estatus de “visitante” para el sistema de salud de sus países de origen, lo que implica que quedan al margen de sus servicios. Por lo que una vez obtenida esta condición, el coste de la atención en su país de origen tendría que ser cubierto por España.

La mayor carga en los servicios sociosanitarios es una realidad apreciable tanto cuantitativa como cualitativamente. Se va haciendo cada vez más necesario clarificar y regular la gestión de los gastos económicos que debieran acarrear otros estados y hacer más ágil las transacciones, pero también de decidir qué modelos sociales y económicos se definen para qué regiones; y esto no depende tanto de quienes plantean la demanda sino de los que configuran la oferta, donde entra la clase política y empresaria.

### **5.3. Inmigrantes *versus* Extranjeros: posiciones ideológicas y recursos discursivos**

Para las instituciones sanitarias la movilidad supone un problema de corte político-económico que incluye a nacionales, extranjeros, turistas e inmigrantes. Las distintas consideraciones sociales, políticas y simbólicas sobre cada grupo actúan como filtro para que su presencia e impacto se valore de manera diferente. En este sentido determinados orígenes, etnias, condiciones legales y clases sociales parten con un estigma que otros no tienen. Un estigma que lleva a sobrerrepresentar a unas poblaciones e infrarrepresentar la presencia y los efectos de otras.

La responsable del Área de Residentes Europeos justificaba la creación de esta área estrictamente para residentes europeos dado que éstos generaban riqueza y “los otros inmigrantes” no. Otro ejemplo regional es la polémica que desató la propuesta del Conseller de Inmigración y Ciudadanía del gobierno valenciano, Rafael Blasco, según la cual los inmigrantes debían firmar un documento de compromiso de respeto de las leyes y las costumbres valencianas y españolas. Un “compromiso de integración” con la intención de que produjera “efectos sociales y pedagógicos”. Este anuncio desató bastantes críticas por lo sesgado y prejuicioso de sus planteamientos. En una de ellas, Carlos Gómez Gil<sup>219</sup> destacaba la paradoja de una propuesta que,

---

<sup>218</sup> “La pensión de viudedad que, en el caso alemán, por ejemplo, es del 60% de la de jubilación, es con frecuencia demasiado baja y muchas viudas se enfrentan a problemas de relativa pobreza. Si estuvieran viviendo en Alemania podrían recibir unos 2.000 euros para financiar una residencia, pero estando aquí el máximo que pueden recibir del Estado alemán es 600 euros. Por este motivo, esa población envejecida reclama más ayudas del Estado alemán, entre otras, la construcción aquí de residencias tuteladas para ancianos.” (González, 2008:10).

<sup>219</sup> *El País*, 04/05/2008.

preocupándose por los espacios de segregación y autoexclusión de inmigrantes extracomunitarios que supuestamente estaban poniendo en peligro nuestras tradiciones y costumbres, no reparara en “los disturbios que los jóvenes ingleses producen en numerosos municipios de Alicante con el alcohol por medio”; en “la segregación que suponen las urbanizaciones cerradas sólo para alemanes o ingleses, donde toda la rotulación es en sus propios idiomas y no se habla una palabra de valenciano o castellano”; o en “los pueblos pequeños y hermosos de la provincia en los que inmigrantes de países comunitarios viven en casas aisladas sin querer hacer vida con sus convecinos, sin respetar los monumentos y espacios más queridos”. Concluyendo que “claro que todo ello no le preocupa al Conseller Blasco porque sus protagonistas son inmigrantes con dinero, procedentes de países ricos, mientras que es mucho más rentable políticamente arremeter contra los pobres que siempre aguantan todo sin rechistar”.<sup>220</sup>

Sentenciar de manera unívoca en áreas sobre la inmigración y sus efectos en áreas como la provincia de Alicante en donde los tipos de movibilidades son tan variados y complejos, no es coherente con la realidad. Al simplificar, edulcorar u obviar lo heterogéneo de las composiciones sociales se desvela de modo aún más diáfano, que muchos discursos se articulan desde la demagogia más que desde la propuesta de modelos sociales de gestión de la diversidad. Uno de los efectos que ha tenido este sesgo ha sido la contraposición de distintos tipos de inmigrantes, como veíamos anteriormente, como un modo de visibilizar los diferentes parámetros, más bien prejuicios, desde los cuáles se están planteando exigencias a una población inmigrada y no a otra. Un recurso discursivo e ideológico desde el que se intenta corregir los excesos que se cometen en unos grupos. Unas veces se hace comparando entre “inmigrantes” y “autóctonos” como forma de ponderar las falsas imágenes sobre los primeros (Moreno, 2008:154); y otras entre “inmigrantes” y “extranjeros”, señalando las repercusiones negativas de estos últimos. La comparación a modo de coda de “inmigrantes vs. extranjeros” ha adquirido cierta práctica académica como ejercicio de compromiso social y de responsabilidad en la generación de conocimiento; una estrategia discursiva de visibilización de las retóricas de la desigualdad que, sin embargo, no está exenta de fisuras y deslices.

---

<sup>220</sup> *El País*, 04/05/2008.

*Contraplanos: Los términos etarios del coste*

En respuesta a la culpabilización de la inmigración como la responsable del aumento de las listas de espera y del gasto sanitario, uno de los recursos discursivos utilizado por parte de agentes sociales sensibilizados con el tema ha sido el de establecer comparaciones entre “extracomunitarios” y “comunitarios” o “inmigrantes” y “extranjeros”. Bajo esa fórmula, el Colegio de Enfermería de Alicante destacaba que los turistas “abusan” de la asistencia sanitaria y que su gasto es mayor que el de los inmigrantes. Belén Payá, Presidenta del Colegio de Enfermería de Alicante, defendía que frente a la percepción social equivocada de los inmigrantes, la realidad es que quienes generan un mayor gasto sanitario son los turistas residenciales.<sup>221</sup> La misma idea aparecía en el retrato que de la población europea de jubilados se hacía en el Anuario CeIM de 2006, cuyo cometido es el radiografiar la inmigración en la Comunidad Valenciana. Es justamente en el epígrafe dedicado a la atención sanitaria donde los autores introducen unas líneas dedicadas a la población jubilada europea, que definen por sus “edades avanzadas o muy avanzadas” y por su “nivel adquisitivo alto o muy alto”:

“(Unos inmigrantes) que no contribuyen al sostenimiento de los servicios públicos, pero sí demandan tales servicios (...) y tanto más en número y más caros cuanto más avanzada es su edad, cuanto menores son sus capacidades de movilidad y autonomía, cuanto mayores son sus necesidades de atención sociosanitaria (...) y cuanto más apartados están sus domicilios de los cascos urbanos. Por una cuestión de edad, estas personas seguirían siendo gravosas para las cuentas públicas incluso en el caso de que contribuyeran en lo que les correspondiera a la financiación de los servicios públicos” (Ceim, 2006: 36-37).

Reconocen que son ciudadanos de pleno derecho pero reprochan que las diferentes administraciones públicas tengan la obligación de atenderles y poco o nada que exigirles, incluso siendo “irregulares”, pues muchos no tienen permiso de residencia. Los autores del informe critican que esta población no sea percibida como problema social y que sus ganancias sólo vayan al sector privado. Se quejan de que se entienda como un problema de gestión de unos recursos y servicios públicos “que deben girar en torno a ellos y sus necesidades”, y que se problematice el hecho de que vivan en comunidades cerradas y semicerradas “y que no se integren social o lingüísticamente en España, ni si quiera para demandar unos servicios públicos que necesitan, ‘obligando’ a algunos municipios a incluir personas con conocimientos de sus idiomas respectivos para la atención e información de cada grupo en particular” (Ibíd.:169-185).

---

<sup>221</sup> El marco de estas declaraciones, de las que la prensa se hizo eco, fue la clausura de las V Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados de 2006. *Las Provincias*, 13/07/2006.

Al término del retrato justifican que su pretensión no es la de crear una imagen negativa de este grupo sino contrastarla con la de otros extranjeros; así como “señalar la falsedad de las atribuciones respectivas sobre quiénes y por qué pueden ser ‘una carga’ y en qué sentido” (Ibíd.:170). Concluyen estableciendo un orden de los grupos según la asistencia sanitaria que resulta más gravosa empezando por los extranjeros de la Unión Europea por su edad, seguidos por la de la población española. Muy de lejos, la menos gravosa es la correspondiente a la población extranjera procedente de países extracomunitarios, y no sólo eso, sino que la consideran la “contribuyente neta de la atención sanitaria de la que somos beneficiarios tanto los españoles como los ciudadanos europeos residentes en nuestra comunidad autónoma.” (Ibíd.).

La comparativa por origen es un recurso discursivo intelectual y de conciencia social que puede entrañar riesgos. En términos de salud dificulta no sólo la posibilidad de atender a la diversidad, sino que puede favorecer la aparición de nuevos prejuicios hacia determinadas poblaciones. Argumentar de este modo puede condicionar las prácticas de los profesionales, más cuando las asunciones de quien se atiende están más o menos fundadas en apreciaciones, a priori sesgadas. La comparación entre inmigrantes comunitarios y no comunitarios puede ser problemática si para combatir los estereotipos que presiden la imagen social de los inmigrantes económicos, se utilizan los estereotipos que definen a la inmigración de retiro como si de información veraz y asumida se tratara. La precisión de la información que sobre la inmigración económica se ofrece en el informe anterior, se confronta con afirmaciones generalistas sobre la inmigración de jubilados europeos que no permiten ser contrastadas ni contextualizadas.<sup>222</sup> Una información que a menudo se convierte en un discurso eufónico, es decir, que suena bien porque todos aceptan la línea maniquea que se traza entre buenos y malos, entre beneficiosos y costosos.

Para realizar este tipo de comparaciones se suele tender a la bipolarización, esto es, a establecer grupos supuestamente antónimos en sus condiciones de vida, en sus derechos y deberes. Desde un posicionamiento ético el ataque se erige en un intento de defensa de aquellos más vulnerables, de quienes no han tenido el privilegio de haber nacido intramuros de la Unión Europea. Es cierto que las condiciones legales de ciudadanía entre comunitarios y extracomunitarios son desiguales, pero es necesario mostrar la heterogeneidad contenida en ambos grupos y las formas específicas de exclusión que intersectan en cada uno de ellos, para no reproducir una mirada elitista

---

<sup>222</sup> Una muestra de la precariedad de la información que sobre esta población se dispone, es que los datos sobre la inmigración europea para el nuevo plan de Inmigración se recabaron de autóctonos que tenían contacto con la población extranjera como fue mi caso. Fui solicitada para dar información sobre mi tesis ante la dificultad de encontrar entrevistadores que pudieran llevar a cabo un grupo de discusión en otras lenguas.

## *Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud*

hacia unos y una mirada miserabilista en los otros. Un contraste que acaba por ser una simplificación entre ricos/pobres, valorados/estigmatizados, una colección de convenciones y tópicos que falla en reflejar la complejidad de los procesos sociales que operan en la producción de desigualdad y la capacidad de agencia de distintos actores sociales. Además en el caso de la inmigración de retiro europea se suele incurrir en la contradicción de presentarlos como ricos, de cuya abundancia se deriva la depredación del territorio y la colonización y, sin embargo, al tiempo se les define como precarios, como sujetos de necesidades que precisan ser cubiertas por la sanidad pública española.

Teresa San Román (1996:157), citando a Sayad, resalta que la condición de inmigrante impone en él ser captado a través de los problemas a los que se asocia, de lo que su presencia supone realmente a sus receptores, de los problemas que se le atribuyen. Los dos tipos de migraciones son problematizadas desde el consumo de recursos de salud, aunque con distintos argumentos y distinta intensidad. Si en unos inmigrantes el énfasis descansa en la cultura, sea por etnia, religión o costumbres; en el caso de los jubilados europeos la imagen social pasa por destacar su edad y su coste, entendidos como consumidores netos de servicios sanitarios. En las imágenes críticas acerca de la migración comunitaria lo que se problematiza no es tanto el origen o su desplazamiento, sino la edad en la que se lleva a cabo, dado que no se mencionan los migrantes del norte de Europa que vienen con fines laborales. Los jubilados envejecen, mientras que los inmigrantes que vienen a trabajar rejuvenecen nuestra población.<sup>223</sup> La comparativa se utiliza como un recurso que si bien trata de liberar del yugo del estigma a unos, termina traspasándoselo a otros. Las perspectivas que intentan huir de la xenofobia y del prejuicio étnico presente, acaban deslizándose acriticamente por el edaísmo, sin necesidad de avalar sus sentencias con datos o establecer otros criterios para el reconocimiento de los derechos para todas y todos.<sup>224</sup>

---

<sup>223</sup> No obstante, hay quienes frente a la optimista idea de que la migración internacional de carácter laboral va a resolver los problemas de envejecimiento de las poblaciones en las sociedades desarrolladas algunos alertan de que no es tal panacea en tanto que estos migrantes puede que envejezcan en destino en las próximas décadas y que no todos los migrantes que vienen de países en vías de desarrollo son necesariamente jóvenes (Escriva and Skinner, 2006:9).

<sup>224</sup> Otra cuestión como la de la integración, es una buena muestra de la necesidad de depurar los argumentos con los que definimos los derechos en nuestras sociedades multiculturales e identificamos los problemas para la convivencia y la cohesión social. Se suele criticar la implantación de bares, supermercados de extranjeros del norte, que hagan uso de sus productos o que vivan concentrados en un área. Sin embargo, es más difícil que las mismas personas que utilizan esos argumentos con los británicos lo hagan con marroquíes o colombianos con respecto a los comercios que instalan, al consumo de alimentos de sus países, o a los lugares donde habitan o se divierten, para quienes el derecho a mantener su cultura y no ser asimilados ha sido reconocido. No son la misma población ni el mismo contexto, pero es necesario reflexionar sobre la legitimidad de los argumentos que se exponen.



Las representaciones y las imágenes negativas del envejecimiento revelan el miedo y la aprensión ampliamente extendida en nuestra sociedad hacia el mismo, que contribuye a un “edaismo visual”<sup>225</sup> (Blaikie, 1999). El libro de Jurdao y Sánchez (1990), ya citado, advierte de un futuro escenario de la decadencia ante la llegada masiva de personas mayores. Su trabajo supuso una crítica muy necesaria sobre los impactos del turismo residencial sin embargo, en él, las personas mayores aparecen como mercancía insolvente, residuos sin voluntad de los que se desembarazan los países del norte de Europa. La misma portada del libro ya anuncia: “Una nueva colonización: la de más de un millón de extranjeros, ancianos en su inmensa mayoría, que se han instalado en las costas cálidas de España en los últimos veinte años”, una “horda incoherente y multilingüe” que va a convertir a España en asilo de Europa. Junto este texto de portada, las imágenes ilustran a ese colonizador como un anciano, calvo, vestido con traje chaqueta y zapatos, con unas gafas gruesas que no permiten ver sus ojos; y que mustiamente sentado sobre un mapa de Europa, clava su bastón sobre el centro de España. Una imagen que no se corresponde con las imágenes reales de esta población, pero que sí coincide con el arquetipo de pasividad, soledad, discapacidad y dependencia que sobre la vejez se tiene. Unas representaciones de lo indeseable, y más cuando no sólo se trata de un migrante, sino un millón. En esta publicación los jubilados son vistos como víctimas de la especulación inmobiliaria que les ha conducido a España, como figurantes de una trama en la que no manejan los hilos pero resultan en una carga para la sanidad pública. Unos “ancianos” presentados como aquellos que consumen cuatro veces más en sanidad que un joven, por lo que a sus países respectivos les sale más barato exportarlos.

Estas imágenes redundan en estereotipos estigmatizantes de las personas mayores y sin duda, median en las relaciones sociales intergeneracionales, sean autóctonos o extranjeros. La vejez en Occidente es construida socialmente como fuente de necesidades y de gastos. Una visión economicista que sin embargo no se aplica a otras edades como la juventud, de quienes no se hace una evaluación económica de sus riesgos en términos de edad, y que no obstante también podría tener precio, desde accidentes de tráfico a deportes de riesgo. En este sentido y, de modo independiente a la extranjería, cabría reconsiderar el hecho de qué escenarios planteamos y (nos) procuramos cuando hablamos de las personas mayores, si sólo lo hacemos en términos de gasto y enfermedad. Porque el envejecimiento es una condición inherente a todos, y la vejez no es más que un boceto social ajeno del propio porvenir, un nos-otros, un yo futuro como seres transetarios que somos.

---

<sup>225</sup> En su acepción original, “*visual ageism*”.

## Capítulo 5. Configuraciones sociales y discursivas: sol, suelo y salud

A la percepción social de la inmigración de retiro se suma la imposibilidad para remitir a la ecuanimidad histórica de la España antes emisora, y la España ahora receptora, como se suele hacer en el caso de la inmigración económica. En este caso, no hay recurso discursivo para empatizar con la inmigración de retiro, no tiene paralelismo moral a trazar. No se puede explicar ni desde la justicia social, puesto que no son pobres; ni desde la reciprocidad histórica, ya que los emigrantes españoles marcharon a trabajar no a disfrutar la jubilación; ni tampoco desde la empatía vital, dado que cambiar de país a los sesenta años y poner distancia con la familia no es una tendencia habitual en el ámbito español.

La dialéctica del “y tú más” utilizada para justificar la legitimidad de una población sobre otra colabora en presentar un pulso discursivo en donde la migración es valorada en términos económicos y simbólicos, según de dónde vienen, qué tienen, qué aportan y cuánto cuestan. Una formulación controvertida que viene a señalar quién es el inmigrante “útil”, y quién el inmigrante “sumidero” cuyas necesidades contribuyen al gasto público. Donde unos dicen *no son nuestros pobres*, otros afirman, *no son nuestros viejos*. Estas argumentaciones comparativas en términos de utilidad, hacen más complejo el escenario. Presentan al inmigrante o al extranjero desde su rentabilidad social, como un medio o instrumento económico (que generan capital o consumen recursos), social (que modifican de una manera u otra el paisaje social y urbanístico), o incluso discursivo (que apoyan retóricas de multiculturalismo o de europeísmo) al servicio de los fines del autóctono. Nos llevan a cuestionarnos cuáles son las bases legales, sociales y morales que delimitan quién y cómo se tiene derecho a recibir atención sanitaria en otro país, y en qué se fundamenta ese derecho. Así como a reflexionar sobre las distintas maneras en las que valoramos las cuestiones culturales como el derecho a la diferencia, a expresar pública y privadamente la identidad y cultura propia y a ser respetado por ello, según de donde provengan.

Guillermo Pablo Vansteenbergh, explicaba en noviembre de 2007 durante la inauguración de unas jornadas<sup>226</sup> sobre inmigración y turismo, que uno de los empeños que tenía al asumir su cargo en la Conselleria de Inmigración era explorar las necesidades que se estaban generando en la población jubilada europea de la Comunidad Valenciana. Vansteenbergh provenía del CeIM, donde ya se habían producido arduas discusiones en torno a si incluir o no a esta migración entre sus intereses. Un debate que comenzó tras conocerse algunos casos de personas en situación de vulnerabilidad. Hasta entonces esta organización había traducido a los

---

<sup>226</sup> “Jornadas Inmigrantes y turistas: Propuestas y experiencias de mediación intercultural” Universidad Miguel Hernández, Elche (14/ 11/2007).

jubilados en números sin expresión, en una coda del panorama migratorio alicantino bajo la figura del antagonista rico y aporreado.

Otra muestra, aunque puntual, de que el estereotipo boyante de la población jubilada extranjera hacía aguas, aparecía en una noticia de un diario avalando la percepción anterior. En contraste con los titulares que hemos visto anteriormente anunciaba: “Viudos y enfermos en un país extranjero. Crecen los problemas de aislamiento entre los eurorresidentes”.<sup>227</sup> Esta información la extraían de la asociación inglesa de ayuda a las personas mayores *Age Concern* instalada en Torrevieja:

“Llegaron hace 20 años para cumplir su sueño: abandonar el cielo gris de su Inglaterra natal para vivir un retiro dorado bajo el sol de la Costa Blanca. Con 60 ó 65 años tenían toda una vida por delante, pero ahora las circunstancias han cambiado. En dos décadas, muchos han envejecido, están enfermos y desconocen por completo el idioma por lo que son incapaces de solicitar la ayuda que necesitan”.

Si Max Frisch en tiempos de la inmigración española afirmó que Suiza había pedido trabajadores y le habían llegado seres humanos, en este caso podríamos trazar un paralelismo al observar que la “*Spain is different*” pidió turistas, éstos se convirtieron en residentes, y más adelante, en personas mayores y sus circunstancias.

En este capítulo hemos tratado de reunir algunas de las formulaciones que componen la figura social del jubilado europeo en Alicante, la Comunidad Valenciana y en el Estado español. Un contorno hecho de controversias y lugares comunes, pero también de omisiones y zonas grises. Se estima que el envejecimiento de la población y su progresivo aumento por la llegada masiva de residentes extranjeros son dos de las principales causas que obligarán a una profunda remodelación del actual sistema sanitario español.<sup>228</sup> La migración de jubilados cumple ambos criterios. Pero aún así, el inmigrante de retiro sigue siendo un sujeto social bastante difuso, parcialmente visible, que se funde y confunde con los turistas, y que se si bien se conoce en algunas de sus cifras, su relevancia es tan marginal como específica. Unos actores sociales distintos a los inmigrantes económicos pero también heterogéneos como colectivo, cuyos puntos de vista no suelen ser explorados. Por ello en el siguiente capítulo vamos a conocer las narrativas más allá de las explicaciones mercantiles. Pasaremos del retrato compuesto de euros, ladrillos, prótesis de cadera y pieles quemadas de las imágenes colectivas; al marco de sus experiencias, lógicas y aspiraciones. Una vez vistas sus repercusiones, vamos a indagar en sus propias historias.

---

<sup>227</sup> *Diario Metro*, 27/12/2005.

<sup>228</sup> Información derivada del Estudio Delphi, realizado por la Fundación Abril Martorell y la Fundación Salud, Innovación y Sociedad. *Las Provincias*, 10/05/2006.

## 6. MIRadas

La inmigración de retiro es llevada a cabo por una población heterogénea de la que a menudo sólo trascienden unos cuantos rasgos, aquellos que constituyen los estereotipos de clase y origen que si bien unos cumplen, no se pueden hacer extensibles al resto. Se sabe de su presencia, de sus entornos urbanísticos, se puede aventurar cuánto cuestan a las arcas públicas españolas y redundar en los efectos colaterales de sus asentamientos, pero se conocen bastante menos sus trayectorias vitales, sus aspiraciones e incertidumbres. Los datos derivados de su impacto en la sociedad de destino no dejan de ser visiones parciales de esta movilidad en tanto que no se cuenta con sus propias lógicas, con su sentido de la migración, de lo que significan *España*, la *Costa Blanca*, las urbanizaciones o el clima. Los factores que atraen a la migración a geografías concretas tienen en el sol su resumen, sin embargo las condiciones en las que se produce la migración remiten a contextos sociales, políticos y familiares subjetivos, que necesitan ser tenidos en cuenta para una comprensión mejor y más compleja de los procesos que intervienen.

Hemos visto cómo estos desplazamientos se mueven al compás que marca el mercado inmobiliario y la industria turística, cuyas dinámicas colaboran en la conformación de enclaves con predominio de unas nacionalidades y lenguas sobre otras, donde los bienes de consumo, los ritmos y las costumbres son distintas a las locales. En este capítulo vamos a acercarnos al espacio social, material y simbólico en el que se produce la migración. Recorreremos algunas historias particulares que reflejan los entresijos de estas aspiraciones colectivas. Trataremos de dar un contexto vivencial a las cifras, y un marco explicativo a sus experiencias y expectativas en España. Unas historias habitadas de lugares comunes, pero con itinerarios vitales

singulares a partir de los cuáles podemos conocer algo más sobre los significados que envuelven la migración tras la jubilación.

### **6.1. Elizabeth solía esperarme en la terraza de un bar**

La elección era siempre suya pues conocía bien todos los bares del pueblo. Solíamos ir a su bar habitual, distinto según temporada, dada la frecuencia de los cierres y traspasos de los negocios de la avenida principal de la pedanía costera de La Marina. A Elizabeth le gustaba ir donde pudiera hablar español y degustar un buen café cortado. Un ritual del que no podía disfrutar cuando volvía a su Inglaterra natal. Cuando yo llegaba, ella ya estaba allí, departiendo con la variopinta gente del bar ya fueran empleados, clientes habituales, o británicos recién llegados que, desorientados, le pedían consejo. Una de sus recomendaciones para los nuevos residentes era precisamente que fueran a bares y restaurantes españoles, lugares idóneos donde practicar el español. Yo pedía un carajillo y ella su segundo café de la mañana. A continuación dejaba abierto su paquete de tabaco inglés para que yo cogiera de él cuando quisiera, y nos embarcábamos en largas conversaciones sobre la inmigración de retiro y muchas cosas más. Hablábamos en español pero había momentos en los que la fatiga le podía y cambiábamos al inglés. También lo hacía porque quería brindarme la oportunidad de que practicara con ella un inglés más pulcro, ayudándome a corregir mis construcciones españolizadas y aconsejándome en los giros lingüísticos al modo que manda la cortesía inglesa.

A menudo los viajes son virajes existenciales, intentos de trasgresión de una cotidianeidad tediosa, y una estrategia para hallar sentido en otros lugares. Elizabeth lo sabe porque su relación con España comenzó así. Vino por primera vez hace cuarenta años para pasar un mes de vacaciones con unos familiares en el norte. La siguiente vez recaló en Málaga, allá por el año 1970, pero no era ni por vacaciones ni por trabajo, sino por hastío y necesidad de cambio. Era invierno, y en Bristol llevaban una temporada larga de mal tiempo y mucho frío. Un gélido gris telón de fondo de su enorme insatisfacción ante lo que se había reducido su vida cotidiana: se levantaba, llevaba a sus hijos al colegio, se iba a trabajar, los niños volvían, ella cocinaba, revisaba los deberes y a dormir. En medio de esos pensamientos trataba de escaparse de la tristeza acordándose de sus vacaciones en España hasta que se dio cuenta de que lo que realmente necesitaba era un cambio en su vida. De este modo, y de un día para otro, le comunicó al director del colegio donde trabajaba su decisión de terminar el curso en julio, para luego marcharse de *tour* por Europa. Su madre le preguntó “¿pero vas a pasar unas vacaciones?” A lo que contestó que ni ella misma lo sabía, que tanto podían ser cinco días, como cinco semanas o cinco meses. Le dejó a su madre las

llaves para que echara un vistazo a la casa, cargó su pequeño *Mini Cooper*,<sup>229</sup> y comenzó su periplo, heredero del *Grand Tour*, junto a sus hijos.

Por aquel entonces tenía veintiocho años, trabajaba como profesora y se había divorciado de su primer marido. Su escapada, sin fecha ni lugar, les llevó por Francia e Italia hasta terminar en España, donde la ruta se convirtió en un paréntesis de dos años en los que, por caprichos de la vida, se dedicó a dar clases de inglés en un colegio internacional en Málaga. Durante esta estancia conoció a su segundo marido, esta vez español, con quien tuvo su tercer hijo y del que más tarde también se divorciaría. Era la década de los setenta, los albores del turismo extranjero en España. Un turismo ahora transformado en turismo residencial que Elizabeth sabe que no acaba de gustar a muchos españoles. Además comprende que ese rechazo vaya dirigido hacia los ingleses, pues muchas de las actitudes de sus compatriotas de la zona tampoco son de su agrado. Aun así, considera que el turismo fue motor de despegue de España. Entiende las quejas de los autóctonos hacia el turismo europeo, pero apela a la necesidad de recordar la España empobrecida de tiempos de Franco y cómo fue precisamente el turismo el que vino a paliar esta situación. En un momento de la conversación le vendrá vagamente a la memoria un discurso de Franco dirigido al “pueblo español” en el que venía a decir que para levantar España, iba a ser necesario que sacrificáramos nuestras playas. No está segura de este dato y le pide que se lo confirme, aunque no consigue encontrar ninguna referencia al respecto. Al igual que muchos de los residentes extranjeros, tiene claro que el turismo supuso un gran avance para España.

Tras su experiencia en Málaga volvió a Bristol y continuó con su pasión por la enseñanza, pero esta vez como delegada educativa, supervisando la aplicación de programas para la diversidad, en particular favoreciendo la integración de la población gitana. Una vez jubilada, su conexión con España se volvió a estrechar, pero esta vez el desencadenante fue la familia. Suele suceder que lo que le mueve a alguien no son tanto los lugares, como los vínculos que en ellos se localizan. Su primogénito había decidido dejar el Reino Unido e irse a vivir a una localidad alicantina para estar cerca de sus hijos. Se había divorciado de su mujer, natural de Alicante, y sus hijos habían vuelto con ella a España. Elizabeth iba a visitarlos a menudo, pero pensó que sería más fácil si compraba un apartamento en una localidad cercana a la de su hijo, así podría no sólo pasar temporadas más largas cerca de él y de sus nietos, sino disfrutar también de su tiempo libre. De modo que, desde 2004, tras vender su casa en Bristol e

---

<sup>229</sup> Modelo de coche muy popular en la década de los sesenta, producido por la *British Motor Company*, que en España fue conocido como “Mini”.

instalarse en su apartamento en La Marina, su vida se reparte entre Inglaterra y España, al igual que repartidos están sus hijos y nietos entre estos dos países. El turismo se considera que actúa como instrumento de decantación de la movilidad residencial de jubilados, pero en el caso de Elizabeth, el turismo hizo más, creo unos lazos familiares que posteriormente fueron los que guiaron, tanto en la madre como en el hijo, sus rutas y residencias de nuevo hacia España.

La dispersión geográfica de los miembros de la red familiar motiva la creación de espacios sociales flexibles que para mantenerse, se componen de trayectos transnacionales, de alternancias residenciales, y de nuevos medios de comunicación. Los nuevos y popularizados medios de transporte han facilitado estas dinámicas de movilidad, al tiempo que han favorecido la posibilidad de vivir entre dos países y las adscripciones a varios lugares. Hoy en día las distancias físicas se pueden relativizar si pensamos que volar desde Alicante al Reino Unido lleva unas dos horas, y su precio, con compañías de bajo coste, es de unos cuarenta y cinco euros. Más barato que ir en tren desde Alicante a Madrid, y en menos tiempo que moverse de norte a sur dentro de algunas de las congestionadas carreteras del Reino Unido.

Hay jubiladas y jubilados extranjeros que viven entre España y otro país por razones diversas, pero para ello hay que reunir ciertas condiciones. Hay que tener un buen estado de salud para viajar y una capacidad económica suficiente, sobre todo para quienes mantienen dos residencias. Gran parte de mis informantes británicos sólo disponen de una, con lo cual su residencia (que no movilidad) es más estable. Pero Elizabeth insiste en que el hecho de que los ingleses se instalen en España no es muestra de que todos sean ricos sino que la vivienda es muy cara en el Reino Unido, por lo que su venta resulta rentable al cambio y permite a muchos una mejor calidad de vida en España. En su caso, sólo dispone de una casa en propiedad, de modo que cuando vuelve a Bristol su única opción es quedarse en casa de su hija. Pero ésta no es su mayor dificultad para vivir tanto en Bristol como en La Marina, sino las cuestiones administrativas y legales que obligan a que tenga que elegir un solo lugar de residencia y un solo sistema sanitario de adscripción. La vida en dos países no es posible en términos legales. Sus estancias de seis meses en cada lugar responden a vinculaciones familiares, por lo que la elección legal y emocional de un único lugar se le hace difícil. Está empadronada en La Marina pero mantiene su residencia en el Reino Unido, lo que le produce el malestar de vivir entre dos sistemas, la duda de si está cumpliendo con los términos legales, y el temor de quedar desamparada por alguno de ellos durante sus estancias.

Cuando la conocí tenía sesenta y cuatro años y una vida muy activa. Daba clases de inglés y de español y, aunque no se consideraba la persona apropiada para enseñar español, lo hacía como un favor para aquellos compatriotas que se lo pedían. Las clases de inglés a veces las trocaba con gente española de confianza como su peluquero del pueblo: él le arreglaba semanalmente su elegante melena blanca, mientras que ella a cambio le enseñaba inglés y le ayudaba con los trámites para la adopción de un niño de Etiopía. Elizabeth quedaba con amistades y familia, solventaba los asuntos propios y los ajenos, pero disfrutaba sobre todo del tiempo que dedicaba a escribir. De hecho durante el tiempo de la investigación publicó un libro de narrativa juvenil en inglés, lo que le valió la oportunidad de aparecer en uno de los periódicos destinados a ingleses de la zona, aunque su mayor ilusión hubiera sido poder presentarlo en alguna escuela o instituto español. Lo intentamos, pero no pudo ser; el inglés de su libro era demasiado elevado para el alumnado español.

Es posible que Elizabeth, que vive sola en un piso de un pueblo y habla un español fluido para comunicarse, no responda al perfil habitual con el que se describe este tipo de migración en Alicante, esto es, el de una pareja heterosexual que vive en una urbanización rodeada de otros extranjeros, que no habla español, y que no tiene relaciones de amistad con españoles. No es de las que cumplen el estándar que define la migración de jubilados extranjeros. Ahora bien, desempeña una función fundamental entre los que sí lo hacen: introduce a los que acaban de llegar, media entre la vida inglesa y española, atiende dudas, traslada experiencias y da consejos. Esta posición referencial<sup>230</sup> le ha permitido conocer a bastante gente a través de sus historias, rumores y silencios. Llegar a un nuevo lugar y establecer relaciones de confianza con desconocidos no siempre es sencillo. Elizabeth intuye que hay gente que cuando llega a España no sólo deja atrás un país sino también un pasado: “*When people leave their countries, they can leave behind what they want to leave behind. And they can bring with them what they want to bring with them*”.<sup>231</sup> No cree que haya razones para dudar de lo que la gente le cuenta, pero tampoco tiene manera de descubrir si lo que cuentan es cierto. Considera que hay quienes vienen a España no tanto por el sol sino porque quieren huir de algo, quizás de un matrimonio infeliz, de relaciones familiares o de otras muchas razones. En la migración de ingleses a España, sobre todo en el caso de los más jóvenes, siempre ha pesado la sospecha de que se esconde algún asunto relacionado con la justicia<sup>232</sup> (O’Reilly, 2000). Otro de los halos de misterio que

---

<sup>230</sup> Para mí también fue un punto de apoyo importante como acompañante durante la investigación, alguien con quien reflexionar, y una paciente réplica a las múltiples preguntas con las que asediaba sus tranquilas mañanas.

<sup>231</sup> “Cuando la gente deja sus países, pueden dejar atrás lo que quieren dejar, y pueden traer lo que quieren traer”.

<sup>232</sup> Tony King, preso por el asesinato de Rocío Wanninkhof, sería un ejemplo de la sospecha confirmada. En su país había estado casado y tenía cargos por agresiones pero en Málaga se construyó una identidad nueva que le



envuelve estos desplazamientos se puede observar ocasionalmente en las cartas al director de los periódicos locales anglófonos, donde algunas personas escriben desde el Reino Unido solicitando ayuda para encontrar a un amigo o familiar del que han perdido el contacto y la pista, pero intuyen que está en España. En cualquier caso, la migración es una oportunidad para el cambio vital y una posibilidad para la reinención identitaria, donde las personas tiene la oportunidad de presentarse bajo la mejor luz posible (Goffman, 1997). Un subtexto difícil de desentrañar en tanto que si se revela, pierde su eficacia.

## 6.2. Paul, Lisa y la teoría del *stepping stone*

La urbanización Estrella de Mar<sup>233</sup> pertenece al término municipal de San Fulgencio y es vecina de La Marina, a escasos tres kilómetros. Como decía en capítulos anteriores, al margen de las poblaciones de las que administrativamente forman parte, las urbanizaciones son enclaves autorreferenciales, cuyo nombre es sólo relevante en términos de evocación. Esta suerte de ciudades difusas, sintetizan lo que de los extranjeros se reconoce y se desconoce. Por un lado su multitud y por otro su anonimato. Miles de viviendas unifamiliares se despliegan como salidas de la nada en lo alto de una loma o a los lados de las carreteras nacionales. La urbanización Estrella de Mar, como otras tantas, la forman casas rodeadas por otras casas cuyos confines urbanizados se envuelven de un horizonte que, en una de sus direcciones, parece que apunta al Mediterráneo. Donde lo importante no es ver el mar sino incorporar el Mediterráneo como estilo de vida. Por ello, las trayectorias de la gente de la urbanización no se suelen decantar hacia el pueblo del interior al que pertenecen, sino hacia el otro lado, a los pueblos cercanos desde los que se respira el mar, como La Marina o Guardamar. Los mapas de sentido que articulan sus itinerarios y nodos de encuentro no siguen la lógica de las demarcaciones administrativas, se dirigen allá donde se concentran los recursos de ocio y servicios destinados a ellos. Para la mayor parte de la población extranjera de retiro, el territorio se reconfigura desde otros centros y otros usos. En ellos, las localidades turísticas y las macrounizaciones representan los principales referentes, los núcleos de las constelaciones del turismo residencial del área. La Urbanización Estrella de Mar suele ser designada por los extranjeros como “la urbanización”, “la MASA<sup>234</sup>”, o simplemente “Estrella de Mar”.

---

permitted to live without being recognized for his past.

<sup>233</sup> Al igual que sucede en otras áreas, Estrella de Mar es una urbanización, pero a su vez da nombre a todo el conjunto de urbanizaciones, cada una con sus evocativos nombres, con las que forman entre sí una macrounización.

<sup>234</sup> MASA es el nombre de la constructora de gran parte de esta urbanización y de otras de la zona. El Grupo MASA empieza su andadura en 1973 como una empresa de construcción de residenciales, que hoy en día se ha

Algunos de los que fueron sus primeros residentes todavía recuerdan cómo era hace unos veinte años, cuando no había apenas casas ni infraestructuras suficientes para vivir. Lisa y Paul fueron de los primeros en instalarse, y fue allí donde se conocieron. Cuando llegaron, Lisa vivía con su marido y su hija, mientras que Paul, divorciado, vivía solo. Lisa enviudó pero no volvió al Reino Unido porque quería estar cerca de su hija que se había establecido con su pareja marroquí en una localidad próxima. Paul había llegado a España buscando un cambio tras su divorcio. Y tras varios encuentros en el centro social de la urbanización, empezaron su relación.

Llevan dieciséis años juntos. Ahora que su casa está lejos de la urbanización, recuerdan cómo fueron los comienzos de Estrella de Mar, época de la que por separado fueron testigos. La expresión con la que resumen aquel tiempo es que en la urbanización “no había nada”. Algunos días ni agua, bien porque las cañerías se rompían o porque las robaban para otras casas. Tampoco había teléfono. Paul presume de ser el primero que lo tuvo. A pesar de las precariedades y de que las casas fueran pequeñas, tenían suficiente para vivir. Era lo más asequible económicamente hablando, teniendo en cuenta la pensión media de una persona jubilada del Reino Unido como era la suya.

Al igual que ellos, otros jubilados ingleses fueron llegando en tropel. No venían de dos en dos, exclamaba Paul, sino que MASA traía aviones llenos desde el Reino Unido rumbo a Alicante. Una vez aquí, cargaban a los británicos en autobuses y los llevaban a conocer la zona en donde se ubicaban las viviendas que les querían vender. Son las *inspection trips* de las que ellos mismos fueron clientes. Se trata, literalmente, de visitas de inspección, y son una de las estrategias de mercadotecnia habituales del turismo residencial de masas. Las promotoras e inmobiliarias organizan viajes desde los países de origen para conocer las propiedades en venta y el área durante unos cuatro días. Son paquetes con todo incluido y a precios muy asequibles, que organizadas desde los países de origen, constituyen una de las principales vías de acceso a España.

Paul nunca había visitado España antes. Había recorrido medio mundo a bordo de la marina mercante, pero no conocía la costa española ni era su opción más deseada para jubilarse. Hubiera preferido retirarse en su Gales natal, pero pensó que las colinas no eran lo mejor para sus frágiles rodillas y su vacilante cadera. Así que decidió embarcarse en una de estas visitas de inspección hacia España que al menos tenía sol y mar, dos de las cosas que, como buen marinero, más le gustaban. Fue tan sencillo

---

extendido a la construcción y gestión de otras áreas del sector servicios como hoteles, campos de golf y balnearios. También ofrece servicios agregados como tiendas de muebles para sus clientes en los residenciales.

como apuntarse para la semana elegida y asistir a la reunión previa en el Reino Unido. Allí, MASA les iría abriendo bocado. Así que rodeado de otros 129 británicos, a bordo de un Boeing 737, Paul voló hasta Alicante. Recordaba que en aquel tiempo pagaban 125 libras por 4 días con todo incluido, y si finalmente comprabas una vivienda de las ofrecidas, te devolvían el dinero. En el tiempo en el que ellos compraron sus respectivas casas, era costumbre que la promotora también te incluyera un año gratis de atención médica, la instalación gratuita de la televisión por satélite, y otras facilidades más para amueblar las viviendas.



**Figura 11.** Urbanización Estrella de Mar  
Fuente: Elaboración propia

Muchas de las urbanizaciones han sido vendidas con esta estrategia, incluso algunas de manera íntegra colaborando en la conformación del que se considera gueto, colonia o enclave. La urbanización Estrella de Mar ha convertido a San Fulgencio en una de las localidades con un número más alto de extranjeros en España. Tres cuartos de la población residente no son de nacionalidad española, sino que provienen del Reino Unido. No es casualidad que algunos de los extranjeros llamen irónicamente a la urbanización: “*The little Britain*” dada la cantidad de británicos, y la suerte de reproducción de la vida inglesa que supone, solo que al sol. Estas concentraciones no son siempre del agrado de los extranjeros si crecen excesivamente, o si se ven rodeados de demasiados compatriotas. Lisa cree que España debería establecer un límite de población extranjera para que las urbanizaciones no pierdan su carácter español: “*I don’t think there should be more than 40 percent on any urbanisation that are not*

*Spanish because then it loses its character. It's no longer got a character; it's just loads and loads of houses*".<sup>235</sup>

Al cabo de cinco años Paul y Lisa abandonaron la urbanización y se mudaron a un apartamento en La Marina donde llevan una vida más tranquila, y donde Paul se mueve mejor con su *scooter*. Algunos de sus amigos han hecho lo mismo. Tras unos años en la urbanización, donde primero recalaron, han marchado a vivir al campo o a pueblos del interior. Paul y Lisa opinan que ese tipo de cambio es común en las trayectorias de muchos jubilados para quienes las urbanizaciones vendrían a ser como un “*stepping stone*”, un paso previo necesario para tomar el pulso a la vida en España. Con la perspectiva que les da su veteranía como residentes en España, afirman que cuando los extranjeros llegan, viven en urbanizaciones porque es lo que se les ofrece y porque es la manera más fácil de entrar en contacto con la nueva realidad. Pasado un tiempo muchos prefieren buscar un lugar y un tipo de vida que les satisfaga más.

Ahora sólo suben a la urbanización para socializarse con sus compatriotas. Una vez a la semana juegan a las cartas en uno de los bares ingleses, donde se pueden juntar unas cuarenta personas. Hay quienes juegan a las cartas casi todos los días, pero ellos insisten en que su vida no es ocio y turismo continuo. No se consideran turistas, por lo que reafirman su presencia y reconocimiento como residentes. Este sentimiento se puede extender a todos los informantes. Antes prefieren identificaciones como las de “invitado”, “*expat*”, “ciudadano europeo”, “semiresidente”, o incluso “español”, que la de turista. Su posición en España deriva del turismo y promueve turismo con las visitas de amigos y familiares, pero no les sirve como identidad. Paul se distingue de los turistas, básicamente, porque no comparte sus estilos de vida, consistentes en beber y en trasnochar. Los suyos se rigen por otros criterios de equilibrio. Se establece una jerarquía entre el residente y el turista, en donde el primero se identificaría con ritmos cotidianos y estilos de vida más saludables (Oliver, 2007). Entre los residentes que pasan temporadas más largas, las quejas hacia la presencia de turistas extranjeros son bastante comunes por el que consideran su poco respeto hacia el entorno. Hacen una distinción de sus experiencias frente a quienes están de paso. El residente representaría una actitud más respetuosa hacia el territorio y una experiencia más auténtica frente a las más denostadas del turista de masas. Desde otros planteamientos, la presencia de turistas en la urbanización es bien recibida en tanto que supone la renovación del paisaje social, y la garantía de que ésta no quedará vacía en determinadas épocas del año como los periodos vacacionales, que es cuando algunos residentes aprovechan para huir del calor o visitar a sus familiares.

---

<sup>235</sup> “Creo que en cada urbanización no debería haber más del 40% que no sean españoles porque entonces pierde su carácter. Pierde su carácter y entonces se convierten en montones y montones de casas”.

Al año de conocer a Paul y a Lisa me comunicaron que iban a poner su piso en venta. No tenían planes claros sobre qué harían, pero mientras lo decidían se quedarían en la casa que Lisa tenía en Gales, pues la de La Marina era de Paul. El reparto de casas formaba parte de un acuerdo mutuo para mantener separados sus bienes respectivos y al tiempo, poder conservar un lugar en cada uno de los países en donde querían pasar temporadas con su familia. Su idea era seguir vinculados con Alicante, donde vivía la hija de Lisa, pero no sabían si comprarían un apartamento o volverían en una caravana,<sup>236</sup> posibilidad que les permitiría conocer otros países. De lo que estaban seguros es que no querían vivir en el Reino Unido. El relato de su partida tenía lógica, pero no dejaba de sorprender que fuera de manera repentina, y más con su claro deseo de volver. Sólo cuando pude tener un espacio con Lisa a solas, supe las verdaderas razones para el cambio. Lisa me contó confidencialmente que se habían enterado de que en España la ley obliga a que los hijos hereden, lo que suponía suficiente motivo como para que Paul no quisiera tener ninguna propiedad en territorio español. No tenía buena relación con dos de sus tres hijos, de modo que prefería decidir por él mismo a quién dejaba la herencia. Finalmente pudieron vender el piso a una señora extranjera de ochenta y cinco años. Tras alguna que otra carta, les perdí la pista.

### 6.3. El entorno más seguro para Josephine

Algunos abandonan las urbanizaciones porque no es la vida que esperaban, porque donde buscaban tranquilidad encontraron muchedumbre, y donde aspiraban a una vida española hallaron una réplica soleada de Inglaterra. Otros se quedan porque, o bien lo que encuentran es lo que buscaban, o porque ya no confían plenamente en sus capacidades para desenvolverse en otro entorno social y material distinto. Este último sería el caso de Josephine que junto a su marido también vive en Estrella de Mar desde hace diecisiete años.

Llegaron a España en 1990 buscando un lugar de vacaciones. Su marido, empleado en la *Royal Air Force*, no solía tener muchos permisos y además le daban las fechas con muy poca antelación, con lo cual organizaban las vacaciones cuando y como podían. En una de sus oportunidades de escapada fueron a Benidorm.

---

<sup>236</sup> El *caravanning* es un fenómeno con mucho arraigo en el norte de Europa, y que consiste en viajar en caravana o autocaravana como parte de un estilo de vida. La libertad de movimiento y la independencia es uno de los atractivos de este tipo de turismo itinerante o incluso de residencia estacional a modo de trashumancia. A pesar de su importancia y de los núcleos de concentración de caravanas en la Costa Blanca no se le ha podido dedicar la suficiente atención debido a cuestiones de tiempo y espacio, sin embargo de los datos extraídos del cuestionario UCAM&Universidad de Hamburgo, un 3,4% de los británicos mayores de 51 años afirmaron que vivían en una autocaravana.

Coincidió que durante su estancia allí se estaba celebrando una feria inmobiliaria. Josephine empezó a barruntar la posibilidad de adquirir una propiedad. Le planteó a su marido que, puesto que nunca podía saber con seguridad cuándo iba a tener permiso, quizás podía ser una buena idea comprar una casa de un dormitorio, y tenerla disponible durante todo el año para poder ir cuando quisieran. Así fue que compraron su primera casa en la urbanización. Luego vendría la segunda, más grande. Fue su reafirmación de que realmente esa era la vida que querían vivir, y que ya no querían volver al Reino Unido. La nueva casa que solicitaron a la promotora para instalarse permanentemente, debía tener dos dormitorios para poder recibir visitas de amigos y familiares. En los seis meses que tardaron en construirla se prejubilaron, vendieron sus pertenencias y cortaron su vinculación material con el Reino Unido.

Josephine, también veterana de la urbanización, recuerda cuando aquello era un lugar tranquilo y la gente se conocía. Siente que todo ha cambiado y le parece que ahora vive demasiada gente. Aun así, no se ha querido ir de allí. Desde la cama del hospital donde está ingresada a causa de la enfermedad de Crown, explica con cierta resignación sus razones: si no conduces y si a pesar de los intentos por aprender español éste no es suficiente, la urbanización es el entorno más seguro. Estos son los mismos motivos por los cuales si su marido falleciera antes, ella regresaría con sus hijos.

*“If my husband died before me, but my husband is a lot younger than me, seven years younger, but if my husband died in an accident, or something, then I couldn’t stay here because I don’t drive, I couldn’t get anywhere. My children would worry, worry, worry. So I’d have no choice. I’d have to sell, go back to England and buy a little flat, a one bedroom flat, so my children could come and see that I was ok. I wouldn’t be able to stay in Spain; my children would worry too much”.*<sup>237</sup>

Cree que muchas de las mujeres que no se vuelven es porque no tienen hijos a quienes volver, o porque éstos tienen trabajos que implican mucha movilidad. Josephine ha cumplido los setenta este año, y aunque lleva casi dos décadas en España, no es capaz de comunicarse en español. Reconoce que es su responsabilidad pero, como muchos otros sostienen, aprender español a determinadas edades no es fácil y más si vives en una urbanización en donde la mayoría son extranjeros, y los españoles que hay están en los comercios y prefieren comunicarse en inglés para practicar. Josephine se mueve entre el deseo de una vida “más española” y la necesidad de sentirse segura. Conforme avanzan los años para ella es imprescindible tener cerca la red de apoyo vecinal que ha

---

<sup>237</sup> “Si mi marido se muriera antes que yo, aunque mi marido es bastante más joven, siete años más joven que yo; pero si se muriera por un accidente o algo, yo no me podría quedar aquí porque no sé conducir, no podría ir a ningún sitio. Mis hijos no harían otra cosa que preocuparse y preocuparse. No tendría elección. Me tocaría vender, volver a Inglaterra y comprar un piso pequeño, con una habitación para que mis hijos pudiesen visitarme y ver que estoy bien. No podría quedarme en España, mis hijos se preocuparían demasiado”.

labrado durante todo este tiempo, y que colabora en que ella se sienta más tranquila:

*“They’re all very good. We all help each other. Jane next door, very ill with cancer, she’s had four operations. I was there every day for many, many months. She had chemo and lost her hair and would cry and I’ve been there for her. I do her washing and ironing, look after her husband. But she’d do the same for me. And we all have to help one another. One day Jo might need me to help her. So we all help one another”.*<sup>238</sup>

Las urbanizaciones son fuente de apoyo y de servicios. Son núcleos de economía informal entre nacionales, y entornos de accesibilidad física y lingüística. Entre otras actividades que se ofertan en carteles pegados en farolas, en tablones de los supermercados o de boca en boca, están cortar el pelo, hacer apaños caseros, instalar antenas o realizar compras en Ikea. Pocas son las personas jubiladas extranjeras con quienes traté, que se comunicaran en español con fluidez. Las que sí lo hacían era porque tenían alguna vinculación anterior con el idioma o con España. También es cierto que la mayor parte de las que conocí estaban yendo o habían ido a clases de español. Algunas conservaban el optimismo inicial por aprender una nueva lengua, mientras que otras ya empezaban a notar cómo pasaban las lecciones, los cursos y sus años, pero los progresos eran escasos. Hay quienes previamente a establecerse intentan aprender. Recuerdo a una mujer que conocí en el tren de La Haya a Ámsterdam, que aprovechaba los trayectos para repasar un método de español como parte de la preparación antes de migrar hacia Andalucía.

Muestra del interés de algunos en hablar español es el deseo de tener relaciones de vecindad o amistad con españoles, y tener oportunidades para practicar. En una carta al director publicada en un periódico local anglófono, un inglés se lamentaba de que los jóvenes españoles se tuvieran que marchar a estudiar inglés al extranjero, con el esfuerzo económico que suponía para los padres, teniendo la posibilidad de organizar voluntarios entre los retirados de la zona para intercambios lingüísticos.<sup>239</sup> Y desde que en la urbanización Sondosal empezaron a impartir clases de español, la demanda ha sido tan alta que normalmente la lista de espera anual asciende a unas doscientas personas. Estas clases han despertado quejas entre los españoles de la zona, pues no están de acuerdo en que los ingleses tengan el español gratuito y que a ellos no se les ofrezca inglés, idioma que les sería de gran utilidad para montar un negocio en la urbanización.

---

<sup>238</sup> “Son todos muy buenos. Nos ayudamos los unos a los otros. Jane, mi vecina, está muy enferma de cáncer y le han hecho ya cuatro operaciones. He estado ahí todos los días durante muchos, muchos meses. Le pusieron quimioterapia y perdió el pelo y lloraba, y yo estaba allí con ella. Le hago la colada y se la plancho, y cuidado de su marido. Ella haría lo mismo por mí. Y entre todos nos tenemos que ayudar. Un día puede que Jo necesite mi ayuda. Por eso nos ayudamos los unos a los otros”.

<sup>239</sup> *The Euroweekly News* 19-22/10/2008.

Por otro lado están quienes no tienen interés en salir de su entorno relacional de extranjeros ni tampoco en aprender español. Argumentan, entre otras razones, que no lo necesitan y que son los demás quienes tendrían que hablar su idioma, ya que son ellos los que traen el negocio. Es cierto que en algunos de estos enclaves lo realmente difícil es hacerse entender en español. La alta concentración de población extranjera y de negocios regentados por y para ella, crea islas de excepción cultural y lingüística. En estos entornos el inglés funciona como lengua franca, y las actitudes de exigencia de este idioma como imperativo para las relaciones sociales despierta mucho resentimiento entre la población autóctona, pero también malestar en aquellos extranjeros como Steve que consideran que, a pesar de las dificultades, les corresponde la responsabilidad de aprender:

*“It saddens me when you see in the paper and read things and people say, ‘We went to the town hall and nobody spoke English’, as though they should speak English. We’ve come to live here, don’t misunderstand me, I’m very grateful when somebody can speak English to me because I’m helpless otherwise really, but I don’t expect it. I don’t think just because I’ve come to live here that somebody in the town hall should be able to talk to me in English”.*<sup>240</sup>

Los autóctonos que rechazan estas actitudes coinciden en que son residuos de imperialismo británico que hace que todavía piensen en términos coloniales cuando se asientan en el extranjero. Gabriel, responsable de la una oficina de atención a extranjeros en Torrevieja, cree que sus compatriotas británicos son de entre los extranjeros “los peores”. Le parece contradictorio que muchos de ellos afirmen que se han marchado a causa de la inmigración en su país, mientras aquí reproducen el gueto objeto de sus críticas. Disponen de sus propias emisoras de radio y televisiones en inglés, así como de centros comerciales, por lo cual incluso contando con buenas intenciones, ve difícil que se integren. Desde la oficina se organizan actos culturales y jornadas festivas para promover su inserción en la sociedad autóctona, pero insiste en que no se puede integrar a quien no quiere. Hay otras personas extranjeras que también creen que sus compatriotas viven al margen de la sociedad española, aunque ponderan las razones nacionales de neocolonialismo con otros factores para no aprender como la clase y un grado educativo bajos, o una edad avanzada.

---

<sup>240</sup> “Me entristece cuando ves en el periódico y lees, y la gente dice: ‘Hemos ido al Ayuntamiento y nadie hablaba inglés’, como si tuviesen la obligación de hablarlo. Nosotros hemos venido a vivir aquí, entiéndame, y me siento muy agradecido cuando alguien puede hablarme en inglés porque si no, estoy realmente perdido; pero no es algo que yo espere. No pienso que sólo por el hecho de haber venido aquí a vivir, alguien del ayuntamiento tenga que hablar en inglés”.





**Figura. 12.** Publicidad de una emisora británica en la Costa Blanca  
Fuente: *Costa Blanca News*

#### **6.4. Gabriel y sus compatriotas**

Gabriel llegó a España en 1998, pero no para retirarse, sino para invertir en la que fue la época del *boom* inmobiliario. España era un destino barato donde conseguir beneficios de forma fácil, así es que dejó su trabajo de detective y se marchó a hacer negocio. Estuvo un tiempo en Cádiz, hasta que en 1991, se instaló definitivamente en Torreveja. En 1998, el teniente alcalde de esta localidad le consultó sobre la situación de los extranjeros, a lo que Gabriel contestó que faltaba comunicación. Así fue cómo comenzó su vinculación activa con la política. La primera vez que votó en España, en 1999, ya lo hizo en calidad de candidato por el Partido Popular, como cabeza visible del proyecto de una oficina para informar a los extranjeros internacionales. Cuando llegó a España no hablaba nada de español; ahora, casado con una española y al frente de la oficina, domina la lengua sin problemas.

En su oficina atienden a todo residente internacional, venga de donde venga. Ahora bien, no es casual que el alcalde le ofreciera el cargo a él, en una zona en donde su nacionalidad es la mayoritaria. La idea de la oficina era la de funcionar como enlace entre la población extranjera y el ayuntamiento, pero al final ha derivado más en un recurso para la resolución de problemas con la administración general. El perfil general del demandante corresponde al de un inglés jubilado, aunque cada vez hay más jóvenes. También acuden bastantes latinos, pero “como éstos entienden el idioma, consultan menos”. En este último caso se trata de temas relacionados con la explotación laboral.

La población europea que acude viene incluso de fuera de Torrevieja, dado que este tipo de servicios escasean en otras zonas. Les consultan de todo, y a veces sólo buscan alguien que les escuche. También les han llegado personas extranjeras en situaciones de precariedad, sobre todo ingleses, cuyos ingresos suelen ser menores que otros europeos. En opinión de Gabriel, éstos son los “que cogen todo y se vienen aquí sin pensar”. Considera que cuando tienen la casa en España como segunda vivienda les da tiempo para conocer, pero la mayoría de británicos lo venden todo y se vienen sin experiencia alguna. Al principio les va bien porque hay sol, “y piensan que si otros lo hacen, ellos también pueden”. Pero cuando vienen los problemas no saben qué hacer, cómo funciona el sistema. En esas circunstancias es cuando buscan orientación en el servicio de atención del ayuntamiento. España ya no es tan barata, y los residentes extranjeros que se instalan en el sur de la provincia pertenecen a clases más bajas. Una media de ingresos más alta que la de los británicos y unos patrones de permanencia más temporales, son las razones por las que Gabriel explica el hecho de que escandinavos y alemanes acudan menos a la oficina.

Despliega la interminable lista de asociaciones, en su mayoría británicas, que hay en el área de Torrevieja. Allí es donde los extranjeros acuden, según Gabriel, si necesitan ayuda o cuando se aburren. En comparación con la comunidad latina, cuyas asociaciones tienen un carácter aglutinador por nacionalidad, las de ingleses se organizan por actividades como “el bingo o comer galletas”, ironiza. También hay iglesias multiconfesionales, coros internacionales, partidos políticos, asociaciones que denuncian abusos urbanísticos,<sup>241</sup> o de carácter castrense como la extendida *Royal British Legion* formada por ex militares de todos los ejércitos. Esta última se formó originariamente para sacar dinero para los discapacitados de la guerra, pero las sucursales de aquí funcionan como clubes sociales. Gabriel considera que este último grupo es el más integrado porque participa en actos como la ofrenda floral a la Virgen durante las fiestas patronales o porque son costaleros en la Semana Santa. Una opinión que muestra que los criterios para valorar el grado de integración siempre son relativos.

---

<sup>241</sup> La Ley Reguladora de la Actividad Urbanística de la Comunidad Valenciana (2004, reformada en el 2006), ha sido objeto de cientos de reclamaciones y protestas que han llegado a la Comisión y al Parlamento Europeos, en su mayoría promovidas por extranjeros comunitarios en las costas españolas agrupados en asociaciones como “Abusos Urbanísticos No”. Esta ley permitía a la Administración y a los promotores privados de Planes de Actuación Inmediata (PAI), obligar a los propietarios de fincas a incorporarse a estos planes perdiendo en muchos casos buena parte de sus terrenos para permitir en ellos la construcción de nuevas viviendas o de viales o áreas comunes para las nuevas urbanizaciones. Muchos de los propietarios de chalets con una finca de tamaño mediano veían así expropiada parte de ella para encontrarse a continuación rodeados de chalets nuevos. La Ley fue denunciada ante todas las instancias políticas valencianas y españolas y ante la Comisión y el Parlamento Europeo. La presión de estos últimos obligó a la Comunidad Valenciana a modificar la norma que pasó a denominarse Ley Urbanística (2006) pero las protestas siguieron produciéndose y la Comisión acabó denunciando al Estado español ante el Tribunal de Justicia. En la actualidad la Comunidad Valenciana está reformando de nuevo la norma (González, 2008).

Tengo la oportunidad de acompañar a Gabriel en uno de sus compromisos laborales. Desde la asociación *Chaps* de la urbanización Ciudad Quesada,<sup>242</sup> perteneciente al término municipal de Rojales, le han pedido una conferencia divulgativa sobre algún tema local. Mientras entramos con el coche a la urbanización me cuenta que cuando tiene que acudir a una de mayoría extranjera, suele bromear con su pareja diciendo: “Ya estamos saliendo de España”. Me quedo atónita al ver cómo de la nada, aparece una pequeña ciudad compuesta de cientos de casas y un campo de golf en medio de ellas. Nos dirigimos al restaurante, centro de reunión de los miembros de esta asociación. El lugar donde será la charla es un salón recargado de cromatismos pastel. A la entrada, junto a la barra donde sirven bebidas, hay un par de puestos con información sobre colectas, excursiones y demás publicidad de su interés. Soy la única española entre unas casi doscientas personas. Me miran y sonríen. No sé qué expresión ven en mi rostro o qué conciencia tienen de mi excepcionalidad entre ellos, que una mujer me dice en un inglés telegráfico: “*Friendly, don't bite*”.<sup>243</sup> Gabriel ha decidido hablar un poco sobre Torrevieja, sobre las habaneras.<sup>244</sup> Me reconoce que eso no es lo suyo, que tiene una idea muy general, así que lo que no sepa se lo va a inventar. Sabe que su audiencia no lo va a notar.

### 6.5. Cooper y Grace, de SKI por el Mediterráneo

En abril de 2006, la alcaldesa de San Fulgencio va a inaugurar el nuevo centro social de la urbanización Estrella de Mar. Se congrega bastante gente para la cita, principalmente extranjera. Por detrás, un grupo de jubilados españoles separados a cierta distancia de los extranjeros, comenta: “Míralos, el 90% son extranjeros. Lo entienden todo pero no quieren hablarlo, se creen superiores. Esto no tiene arreglo”. El acto trae a la memoria algunas de las escenas de la película “*Bienvenido Mister Marshall*”.<sup>245</sup> La alcaldesa se dirige a todos los “vecinos de San Fulgencio”, una chica joven intenta traducir lo que dice en inglés pero se atasca, se pone nerviosa y le da la risa. Desde el público un español comenta: “No está muy puesta en el idioma”. Un miembro alemán de la asociación de vecinos de la urbanización hará en su idioma su pequeño discurso. Finalmente, para clausurar el acto institucional, la banda del pueblo toca el himno de España. Una visita rápida por el centro y todos en tropel a la carpa donde van a servir el ágape. La gente se agolpa mientras el encargado del catering grita a la mayoría extranjera: “¡Pa'l fondo!”. Al igual que en el *Eurometing* en Santa Pola, relatado en el

---

<sup>242</sup> La urbanización Ciudad Quesada fue el escenario del estudio sobre inmigración suiza de Andreas Huber (1999).

<sup>243</sup> “Somos amigables, no mordemos”.

<sup>244</sup> En Torrevieja se celebra uno de los certámenes de habaneras más importantes a nivel nacional.

<sup>245</sup> Película de 1952 dirigida por Luís García Berlanga.

capítulo anterior, da la impresión de que en estos actos los extranjeros son vistos de manera cómica por parte de la población española. Las ironías entre los autóctonos se suceden cuando ven a todos los europeos juntos, sin entender nada, transportados de un lado para otro al simulacro de lo español. Entre tanta muchedumbre intento distinguir a los extranjeros de los autóctonos fijándome en quiénes piden las bebidas señalando con los dedos la cantidad, y quiénes por su nombre. Mucha gente, comida, bebida, fotos, y la música verbenera sonando a todo volumen. Las autoridades están en la carpa, pero en una zona reservada y acotada, sin relacionarse con los convecinos, con los que, todo hay que decir, tampoco se pueden comunicar por el idioma. Días después, el periódico *Costa Blanca* dará la noticia de que la asociación de vecinos de la urbanización se sintió molesta porque algunas personas se llevaron comida en bolsas e incluso macetas.

Las parejas formadas por Cooper/Grace y Marion/James también acudieron a la inauguración. Coincidimos allí, solo que todavía no nos conocíamos. Estas parejas no llegaron a la urbanización en sus comienzos ni padecieron sus precariedades, pero tampoco gozaron de su tranquilidad. Ambas llegaron en 2004, y la cercanía de sus casas, en el límite exterior de la urbanización, les ha hecho vecinos y después amigos. Van a las mismas clases de español, se hacen visitas y favores, comparten barbacoas, se cuentan y enseñan sus reformas y trabajos resultantes del DIY.<sup>246</sup> Marion y James son lo que en Inglaterra se llama *houseprouds*<sup>247</sup>, es decir, que invierten muchas horas arreglando su casa, cumpliendo el dicho inglés de que “su casa es su castillo”. Como en muchas otras parejas, ella se dedica al interior de la casa, mientras que él se ocupa del exterior, especialmente del mantenimiento del jardín.<sup>248</sup> Amantes de los gatos, han montado un *catery* en el jardín para los cuatro que tienen. Se trata de una gran casa para gatos, con todo lujo de detalles, que no dudan en mostrar a las visitas, lo mismo que las fotos de sus viajes transoceánicos. Les encanta viajar, afición que comparten con sus amigos Grace y Cooper.

Un día que estaba con Elizabeth, amiga común de todos ellos, le pregunté por Cooper y Grace, pues hacía tiempo que no les veía. Me respondió que estaban esquiando por el Mediterráneo. No entendí, así que pregunté de nuevo. En realidad, se trataba de una ironía, estaban de crucero. Elizabeth me había respondido utilizando el acrónimo inglés SKI, que se utiliza para dar a entender que los padres están gastando la

---

<sup>246</sup> Abreviatura de *Do It Yourself*, que vendría a ser lo que llamamos bricolaje casero pero extendido al concepto de hacer mejoras para la casa y jardín. Una actividad muy característica entre la población inglesa, de la que Fox resalta su “fijación” por el hogar y su “obsesión” por la privacidad (2005:209).

<sup>247</sup> “Orgullosos de sus casas”.

<sup>248</sup> La jardinería es una de las actividades más populares entre los británicos. Según las cifras del diario *The Independent*, el 55% de los británicos dedican dos horas o más a la semana a esta actividad (Askwith, 2006).

herencia de sus hijos: *Spending Kids Inheritance*. Una respuesta que llevaba implícita cierta crítica a un estilo de vida de derroche centrado en ellos mismos. En general, la inmigración de retiro supone en sí misma un ejercicio de autofocalización. Un reequilibrio de las responsabilidades y la dedicación de quien, terminada su vida laboral y de crianza, redistribuye su tiempo y su dinero hacia a sí mismo. Un nuevo centro que no está exento de tensiones y contradicciones, como veremos en los últimos capítulos. Esta proyección vital está relacionada con una tendencia actual a un mayor individualismo y mercantilización del deseo; en donde el individuo, como medida de todas las cosas, diseña y consume su propia biografía.

Las distintas formas de vivir la jubilación guardan correlación, entre otros aspectos, con el modo de entender las relaciones familiares intergeneracionales. La reciprocidad, como sistema de intercambio entre generaciones, está connotada cultural y moralmente, por lo que difiere según contextos. Un ejemplo de ello en su versión jurídica, es la transmisión de la herencia a la descendencia, que en España es forzosa. Es la conocida como “la legítima” que, como vimos anteriormente, afectaba a las decisiones de Paul.

Las parejas de Cooper/Grace, Marion/James, comparten bastantes actividades, y tienen estilos de vida similares. Ambas son del sur de Inglaterra y provienen de clases sociales acomodadas, aspectos que según marcan los estereotipos ingleses, guarda bastante relación. Al parecer, Inglaterra tiene una división norte-sur cuyo límite, según un informante, está en Watford (Hertfordshire). El norte, conformado entre otros por los condados de Yorkshire, Northumberland y Cumbria, representa la industria inglesa y la clase trabajadora. Una población tenida por más ruda y con menos estilo que la gente del sur y los londinenses. Para estos últimos, el norte y sus gentes son otro país. La gente del norte retirada en la Costa Blanca, afirma que precisamente esas diferencias internas son las causantes del falso estereotipo que en España se tiene sobre los ingleses como gente pudiente, cuando sólo se confirma en el caso de los londinenses y los de la costa sur. Como afirmaba Steve, proveniente de Hull, los del norte que migran a España como él, necesitan poner la suma de todos los ingresos acumulados a lo largo de su vida, mientras que hay gente del sur que se puede permitir gastar en España, y aún tener de sobra:

*“You put your life investment into it. And while you do have enough money, you’re not rich. You can get by and have a wonderful lifestyle in Spain, but it’s not something where you have lots of money to spare. But Londoners and going south toward the south coast very often they have. So they give a false impression”.*<sup>249</sup>

---

<sup>249</sup> “Inviertes los ahorros de toda tu vida. Y aunque tengas suficiente dinero, no eres rico. Te las puedes apañar y tener un maravilloso estilo de vida en España, pero no como para tener un montón de dinero para gastar. Aunque los londinenses y los de la parte más al sur de la costa, normalmente sí que tienen. Por eso dan una falsa

La migración no desclasa sino que en España sigue manteniendo su importancia. Los británicos que se rigen mucho por ella, reproducen en destino algunos de sus esquemas. Y tanto les sirve para agruparse como para distinguirse. Como reza el dicho inglés: *“Birds of the same feather like to fly together”*.<sup>250</sup> Las maneras de vestir, los tatuajes, las cadenas; así como los hábitos, las actividades de ocio, o los lugares donde viven, son algunos de los marcadores de su capital económico, social y cultural. Hay quienes consideran que los estilos de vida, entendidos como conductas de consumo, se están convirtiendo en determinantes de la clase social, incluso por encima del grupo socioeconómico (Hakim, 2005:1). Según rumores, a Cooper y a Grace les ha disgustado saber que están construyendo justo detrás de su casa, entre otras cosas, porque entonces ya no estarán fuera de la urbanización sino que quedarán dentro, engullidos por ella. Serán relacionados con la masa y sus connotaciones. De hecho, sé por sus allegados, que prefieren no decir que viven en la urbanización para que esta información no menoscabe la distinción de la que hacen gala. Al parecer, esta actitud pretenciosa es bastante común entre los inmigrantes de retiro británicos cuando vuelven de visita a su país. Allí tratan de maquillar el lugar donde viven para dar una apariencia de clase más alta.

Elizabeth sabe de las quejas por la construcción masiva en las urbanizaciones. Muchos podrían abandonarlas y vivir fuera de ellas, pero cree que no lo hacen porque les da miedo no ser capaces de desenvolverse con el idioma o que les engañen. Por ello permanecen allí, insatisfechos pero más seguros. Desde una lógica similar, Grace y Cooper pensaron que el mejor lugar para vivir sería la urbanización. A ambos les gusta mucho el campo pero el paso de los años y la salud pesaron más en el balance final:

*“When we came over here we didn’t consider thinking of going anywhere rural here. And we wouldn’t have done moving in England, because you have to think that we are getting older and we chose this area because we can walk. We don’t have to drive. If there was a time when for some health reasons you couldn’t drive, or whatever, we’ve got services here; the medical centre’s up there, the pharmacy is there, the supermarket is there”*.<sup>251</sup>

Un entorno asequible para poder caminar y unos servicios básicos accesibles eran los criterios primordiales para elegir dónde instalarse en España. Para Grace también lo era el autobús, la disponibilidad de teléfono y banda ancha de internet, el medio por el que se comunican diariamente con su única hija y con su nieto, residentes en Estados Unidos. Por otro lado, las frecuentes visitas de familiares y amigos les mantienen en

---

impresión”.

<sup>250</sup> “A los pájaros de mismo plumaje les gusta volar juntos”.

<sup>251</sup> “Cuando llegamos aquí no consideramos la posibilidad de ir a una zona rural. Y no lo habríamos hecho tampoco en Inglaterra, porque tienes que empezar a pensar en que nos hacemos mayores. Elegimos esta zona porque podemos caminar, no tenemos que conducir. Si un día por problemas de salud no pudieses conducir, o lo que sea, tenemos servicios aquí, el centro de salud está allí arriba, la farmacia allí, el supermercado allá”.

contacto con la gente que se ha quedado en su país. La mayor parte de hogares de los migrantes de retiro contienen las pistas de sus vínculos transnacionales: una habitación para invitados y un ordenador con conexión a internet.

Cooper y Grace fueron turistas habituales de Lanzarote durante bastantes años, pero reconocen que ahora es distinto. Ya no son turistas, ni siquiera estacionales; ahora son residentes. Cooper se dio cuenta de ello el mismo día en que partió hacia su nueva y definitiva casa en la provincia de Alicante. Un momento que quedó grabado en su mente. No había hablado de ello ni siquiera con su esposa Grace, de modo que aprovechó la entrevista para contarlo. Recuerda que, junto a una amiga, esperaban al taxi que les llevaría al aeropuerto. Partían desde la última de las ciudades inglesas en la que habían recalado su itinerante vida por razones laborales. Ya en el taxi que poco a poco los alejaba de su ciudad, de pronto le asaltó un extraño sentimiento. Fue enteramente consciente de que no se estaban yendo a otra parte de Inglaterra como otras veces, era comprometedoramente distinto, se estaban yendo a otro país. La otra imagen que conserva es de cuando el avión estaba despegando. Por la ventanilla asomaba un bonito día, todo se parecía a cuando se iban de vacaciones para volver en dos semanas. Pero se dio cuenta de que no, no había retorno, no iba a ser como las veces anteriores. No era tristeza lo que le invadió el ánimo, pero no dejaba de ser una sensación que no acababa de saber cómo explicar. No sabía si Grace había sentido lo mismo, pues nunca antes lo habían compartido. Una vez aquí, en España, pensó: *“Here we are this is something new, another chapter”*.<sup>252</sup> Tras su relato Grace confesó que en el fondo, también tuvo sus dudas. Se cuestionaba si habían hecho lo correcto, si la decisión tomada era lo mejor. Pero a esos pensamientos sobreponía otros para no desanimarse, aquellos que le recordaban que juntos ya habían pasado por muchas cosas. Así que no quedaba otra que seguir adelante, pensar que todo iba a salir bien y confirmarse en que, realmente, habían tomado la mejor de las decisiones. Al fin y al cabo, la movilidad y los cambios no eran una novedad en sus vidas.

Las dudas no sólo tenían que ver con el cambio sino con la edad a la que lo llevaron a cabo. Cooper y Grace no se desplazaron a Alicante tan pronto se jubilaron, sino que lo hicieron cuando se dieron cuenta de que la fecha de caducidad para migrar estaba llegando, cuando sintieron que el tiempo se estaba agotando. El tiempo que la edad y la salud conceden para emprender un cambio de tal magnitud:

---

<sup>252</sup> “Aquí estamos. Esto es algo nuevo, otro capítulo”.

*“You can’t think too much about that. You’ve got to be sensible but I think there’s a point, age point after which you probably wouldn’t do what we have done. I think we were at the limit. If we hadn’t have done, moved out here when we did, I don’t think we would have done it maybe now because we’re three years older and I think you just think about that. But having said that we thought if we don’t do it now, we never will and we liked the idea, haven’t regretted it”.*<sup>253</sup>

Cuando llegaron a la urbanización ambos tenían sesenta y nueve años, y creen que de haber retardado su traslado unos años más, sus habilidades físicas y mentales para desenvolverse en un nuevo contexto hubieran estado muy mermadas. En base a ello valoraban negativamente que otras parejas tomaran decisiones de migrar a la ligera, sin prever las consecuencias que esto les podía acarrear. Coincidían en que para migrar a España hay que estar preparados. Al menos, eso es lo que recomendaron a una pareja de británicos, mayores que ellos y sin experiencia en España, que querían comprar una casa y quedarse a vivir. Así lo explicaba Cooper:

*“They would be completely unprepared for the Spanish way of life. We love the Spanish way of life. And they were going to move themselves from having never moved in England, from a house point of view, fifty years they were going to leave there, come out here having never been to Spain at all. We thought they were crazy. We didn’t actually say so to them, but we tried to infer they weren’t doing the right thing because I think that is idiotic. You’ve got to do some sort of investigation. They might as well have moved to Afghanistan. Never having been to Spain... Okay, you read about it, read books about it, see it on the television but a lot of difference between doing that and actually coming to Spain, finding your way around, going into a supermarket... ridiculous. I don’t know, we don’t know whether they did or not. We just hope that they didn’t. You’ve got to widen your vision to take it in”.*<sup>254</sup>

Cooper hace mención a la literatura sobre España como un recurso insuficiente si no se tiene cierto entrenamiento en la movilidad. Precisamente porque se trata de un flujo migratorio establecido y por las dificultades que entraña cambiar de contexto social, político, sanitario, los libros sobre España como destino de retiro son casi un género. A modo de guías explican la vida en España y dan información sobre cómo establecerse.<sup>255</sup>

---

<sup>253</sup> “No puedes pensar demasiado en ello. Tienes que ser responsable pero creo que hay un momento, pasada una edad, en la que probablemente no hubiese hecho lo que he hecho. Pienso que teníamos un límite. Si no lo hubiésemos hecho, esto es, venir aquí cuando lo hicimos, no creo que lo hubiéramos hecho ahora, porque tenemos tres años más y creo que te lo piensas más. Pero dicho esto, pensamos: ‘si no lo hacemos ahora, no lo haremos nunca’. Nos gustó la idea y no nos hemos arrepentido”.

<sup>254</sup> “No estarían en absoluto preparados para el modo de vida en España. A nosotros nos encanta el estilo de vida español. Y se iban a mudar aquí cuando nunca se habían movido en Inglaterra, me refiero a otra casa. A los cincuenta años diciendo que querían salir de allí y venir a España, sin haber estado nunca aquí. Pensamos que se habían vuelto locos. No se lo dijimos, naturalmente, pero intentamos insinuarles que no estaban haciendo lo correcto, porque pienso que, simplemente, es estúpido. Tienes que investigar un poco. Se podrían haber ido a Afganistán de la misma manera. Nunca habían estado en España... Muy bien, lees sobre el tema, lees libros sobre el país, lo ves por la televisión pero hay una gran diferencia entre eso y venir a España, apañártelas, ir al supermercado... ridículo. No sé, no sé si lo han hecho o no. Realmente esperamos que no. Tienes que ampliar tus miras para poder asimilarlo”.

<sup>255</sup> Las asociaciones como *Age Concern* también tienen sus reglas de oro para el retiro en España. Entre sus consejos con toque de humor están: aprender castellano previamente, y no asumir que se es fluido; no hablar inglés más y más alto cuando una persona española no te entienda; recordar que se mueven a un país con una



## 6.6. Brenda, Ronald y la *serendipity*

Brenda y Ronald no querían vivir en medio de ingleses, ni transferir una vida inglesa a España, así que saltándose la teoría del *stepping stone* de Paul y Linda, se instalaron directamente en la sierra de Crevillente, entre españoles. Estaban satisfechos pero se sentían un tanto tristes porque su esfuerzo por ser amigables con los vecinos no había dado frutos. Nunca habían sido invitados a sus casas, ni siquiera para tomar algo. De todos modos pensaban que igual era una cuestión particular de Crevillente.

Parejas como la de Ronald y Brenda no son fácilmente visibles por la gente local, pues no viven bajo las fácilmente reconocibles urbanizaciones, sino disgregados por pueblos o campos. Forman parte de los que eligieron no vivir en las urbanizaciones o se cansaron de vivir en ellas. Se diseminan por distintas sierras o en pueblos mezclados entre españoles y otros inmigrantes. Sólo los locales saben que en la sierra habitan extranjeros. Lo sabe gente como mi tía que tiene un campo<sup>256</sup> en la sierra de Crevillente, su pueblo de toda la vida. Desde hace pocos años, de vez en cuando se cruzan con un afable extranjero con quien intercambian cordialidad y curiosidad mientras pasean por la polvorienta vereda del camino. Crevillente nunca ha vivido del turismo sino de la industria textil, aunque desde hace un tiempo está última está en crisis. Por ello supongo que la sorpresa de mi tía es similar a la mía cuando descubrí que Crevillente, que también es el pueblo de mis padres, se publicitaba en algunas páginas de internet para extranjeros junto a otros destinos como Turquía o Belice.<sup>257</sup> No dejaba de resultarme asombroso que alguien se desplazara a Crevillente por el mero hecho de haber clicado en una página web, ver unas pocas fotos y fiarse de las bondades que publicitan. En la ciberpornografía del territorio, cualquier lugar es exhibido y vendido, porque los lugares importan y se importan haciéndolos accesibles. Estos nuevos residentes se añaden a los de un pueblo en donde todavía se reconocen por apodosos y familias, en donde los llamados “crevillentinos ausentes” glosan las virtudes del pueblo desde sus lugares de emigración, en donde todavía se llaman “*forasters*” a los que se instalan desde otros pueblos cercanos, y en donde la migración de magrebíes ha removido conflictivamente la identidad social hegemónica. Pero mi tía ya estaba entrenada en extranjería. Toda su vida ha vendido alfombras junto a su marido e hijos en Benidorm, Alfàz del Pi y en los demás mercadillos ambulantes de distintas localidades turísticas del norte de la provincia de Alicante. La novedad es que ahora viven en su sierra y en su pueblo, que compartieron habitación con ella cuando

---

cultura diferente; aceptar que los valores en España son distintos, donde el tiempo se mueve más lentamente; aceptar que el ajo es la base de toda buena comida; o darse cuenta de que la siesta no es sólo una necesidad básica sino el meollo de una vida civilizada ([http://www.acespana.org/acespana/files/retiring\\_to\\_spain.pdf](http://www.acespana.org/acespana/files/retiring_to_spain.pdf)).

<sup>256</sup> Un “campo” es la forma local de referirse a una casa en la sierra.

<sup>257</sup> [http://costa-blanca.spainvillarental.co.uk/crevillente\\_properties.asp](http://costa-blanca.spainvillarental.co.uk/crevillente_properties.asp)

estuvo ingresada por un infarto cerebral en el hospital de Elche, y que acuden a la misma fisioterapeuta. La población española que entra en contacto con extranjeros del norte se limita a las redes vecinales, a los servicios sociosanitarios y a otras transacciones económicas puntuales y concretas.

Cuando estaban en Inglaterra, Ronald, jubilado anticipadamente por enfermedad, decidió pasar unos días de vacaciones con unos amigos que vivían en la Urbanización Estrella de Mar. Brenda no podía acompañarle porque trabajaba, pero le animó a que fuera solo y se tomara un respiro del cuidado de su anciano padre. El padre de Brenda estaba delicado de salud y era Ronald quien lo estaba cuidando. En su segundo día en Alicante, sus anfitriones invitaron a que Ronald se distrajera uniéndose a la ruta de venta de un amigo dedicado al negocio inmobiliario. Pasó la mañana viendo zonas y casas sin más pero, al llegar a la última, quedó súbitamente atrapado por aquel paraje, y tuvo claro que esa era la casa que quería. Se trataba de una casa de campo que acababa de ponerse en venta en la sierra de Crevillente y que, por obra de la *serendipity*,<sup>258</sup> se puso en su camino. Llamó rápidamente a Brenda y le dijo que ya la había encontrado. Ella no entendía nada, buscaban una casa, pero no en España. Ronald lo sabía, pero aun así le insistía en que le diera carta de posibilidad a su buen presagio: “*Why don’t we just take our chances and go and live in Spain?*”<sup>259</sup>

En Inglaterra querían trasladarse a una vivienda más grande para que el padre de Brenda, de noventa y tres años, se pudiera mudar con ellos. En estos planes no habían considerado cambiar de país, entre otras cosas, porque Brenda estaba trabajando. Si todo esto sucedía en julio, para finales de agosto Brenda ya había renunciado a su trabajo. En septiembre ya tenían todo empaquetado, los perros preparados para volar, y el pasaporte de su padre en regla. A su edad, nunca antes había salido de Inglaterra, de modo que su primer pasaporte sería para ir a España, país al que él siempre había querido ir. Para Brenda no era fácil dejar trabajo, amigos y vida. No quería ir y no paraba de llorar por ello, pero finalmente cedió por ellos, porque su padre sí quería, porque el clima sería mejor para la salud de Ronald, y porque de alguna manera sentía que el destino había jugado su papel: “*We didn’t go out looking for this house; it came to us*”.<sup>260</sup>

---

<sup>258</sup> Voz inglesa con la que se expresa un descubrimiento o un hallazgo afortunado e inesperado. En español se ha adaptado con el término “serendipia”.

<sup>259</sup> ¿Por qué simplemente no aprovechamos la oportunidad y nos vamos a vivir a España?

<sup>260</sup> “Nosotros no fuimos a buscar la casa, sin que ésta vino a nosotros”.

Para Ronald era distinto. Él había vivido muy poco en Inglaterra. A los dieciocho años se marchó de casa, y gran parte de su vida la había pasado en el continente africano. De hecho, su casa actual es el primer lugar en donde ha sentido el arraigo, un sentimiento que le reconforta. Esta casa la considera su hogar más que ninguna en las que ha vivido anteriormente. Sin embargo, Brenda añora cosas de su vida anterior, pero no se trata del *pub* inglés ni de cosas materiales que en definitiva, según afirmaba, se pueden trasladar. Lo que echa de menos son sus hijos y sus nietos. En lo que sí coinciden es en la carencia de más programación cultural y de buenos restaurantes. Asimismo echan de menos la calefacción central, pues no sabían que en Alicante podía hacer tanto frío en invierno. A otros noreuropeos también les sorprende que haga frío pero, lejos de ser algo negativo, hay quienes gustan de encender la lumbre o de abrigarse. Un modo de recuperar sensaciones corporales que dejaron atrás pero de un modo más amable. Otros celebran conocer los perfiles de las montañas porque aquí están desnudas de árboles. A Ronald y a Linda les fascinan las historias de la guerra civil que el pueblo todavía alberga entre memoria, rumores y silencio. Hablan de la España de Franco, de la Falange que todavía está presente en Crevillente, del silencio de la gente del pueblo como rémoras para conocer la historia, y de la fascinación que les produce saber que su vecino fue disparado por comunista o de que han oído que en la sierra hay gente enterrada de la que nunca se sabrá porque los mayores no quieren hablar. Franco y la historia reciente de España suelen nombrarse como referencia de un ayer no tan lejano de cuyo letargo todavía estamos despertando. Un *impasse* que nos apeó de los cambios que trajeron los tiempos, pero que son el regocijo de quienes buscan tradiciones e historias vivas.



**Figura 13.** Campo de Brenda y Ronald en la Sierra de Crevillente  
Fuente: Elaboración propia

A pesar de que algunos echan de menos la lluvia, el exuberante verde de la campiña inglesa, las tiendas pequeñas de ropa o algunos productos que no se importan, se vive como un “*nice miss*”,<sup>261</sup> como dice James. Algunos como Gilbert, recrean vínculos identitarios insospechados entre españoles y británicos, para quien la afinidad se basa en que tanto las Islas Británicas como España son de Europa pero al mismo tiempo no son Europa, están y no están en Europa. Las Islas Británicas están rodeadas de agua y España está separada del continente por los Pirineos, una por ser isla y la otra península. De ahí es de donde se deriva su teoría, nuestro gusto mutuo debido a nuestra singularidad fruto de nuestras diferencias con respecto al resto de Europa.

### 6.7. Madeleine decidió quedarse

Se pueden hacer planes e incluso dejarse llevar por lo que marcan las intuiciones, pero no siempre se está preparada para todo. Al menos eso es lo que debió sentir Madeleine la primera noche que pasó en su nueva casa de Sondosal. Es una mujer grande y vital, originaria del norte de Inglaterra y ahora residente en la urbanización, en donde vive sola. Nada más instalarse en la que iba a ser su casa y también la materialización de la ilusión de su marido Ray, él falleció. Tenía sesenta y siete años, los mismos que Madeleine cuando la conocí en diciembre de 2007:

*“I was married for 47 years. The day I moved into this house my husband died, the very same day. In this house, it will be three years in March, but we came out five years ago to Spain, mostly because we both retired and unfortunately when you retire your money drops, so we like to travel and my husband loved the sunshine. So, we knew we wouldn’t be able to do a lot of travelling and we’d done Europe, we’d done the world, practically, you know New Zealand, Australia, Russia, the Far East the Middle East, we’d done it all, South Africa. We’ve done the five continents, and we were quite pleased, that was one of our dreams, and we’d achieved a lot. But we knew once we’d retired we wouldn’t have the money between us to do this. So he wanted somewhere warm so we chose Spain to come to. And we lived in rented accommodation for 18 months and then we got the keys to the house on the Friday and we cleaned and cleaned and cleaned and got all the furniture ready, and then the Monday morning at 10 o’clock we moved in, and he was putting the pictures and things like that up, of the grandchildren, on the staircase and at the night time he went to play darts at the Dubliner, which is a local club that we use. And he got down there at 10 o’clock that night. Played his game of darts, won his game of darts, went to the bar and ordered a drink, and as the barman turned round to get the drink he collapsed, he just heard a bang and when he turned back he was on the floor and several people had dashed to try and help him, but he was dead before he hit the floor the coroner told me. But they came to fetch me and when I got down there, there was the, well the only thing I can ever remember of walking into that place that night was red, green and blue. Not a face, not a person, just the colours red, green and blue. And it wasn’t until they part... all these colours sort of just went and I saw him lying on the floor and I knew immediately that he was dead, although they were working very, very hard on him. He died of a massive heart attack. And the colours I saw were the green of the Guardia civil, the blue of the local police and the red of the first aid people. But to me, I can’t remember a face, all I can remember is the road bathed in red, green and blue. There were so many people there”.*<sup>262</sup>

<sup>261</sup> “Una añoranza amable”.

<sup>262</sup> “Llevaba casada cuarenta y siete años. El día en que me mudé a esta casa mi marido murió, el mismo día. En esta casa. Habrán pasado tres años en marzo, pero vinimos a España hace cinco años, básicamente, porque los

Asombrosamente me repite la misma historia varias veces de modo ritualizado sin ningún desliz en los detalles. La memoria ha fijado detalles en ella que describe con una pasmosa claridad narrativa. La misma con la que decidió que se iba a quedar en España aun a pesar de las insistencias de sus hijos en que regresara con alguno de ellos. Su marido no tenía ningún problema de salud que le hiciera pensar en la muerte, pero meses antes en una reunión de amigos, salió el tema de las últimas voluntades. Fue ahí en esa conversación, donde afirmó que cuando falleciera, quería ser enterrado en España. Su deseo era que le incineraran para después enterrar sus cenizas en donde siempre diera el sol, un lugar como el que había enfrente de donde solían jugar a la petanca. Por eso Madeleine sigue en España y en la misma casa, a pesar de la soledad y de que sus piernas ya se resienten con los tres tramos de escaleras que tiene por delante hasta llegar a la puerta de su casa. Pero no vaciló, su decisión era firme. Se quedaba en España porque ese era el lugar que su marido anhelaba tanto para vivir como para morir. No se quería marchar de esa casa porque desde la terraza divisaba el lugar exacto en el que su marido está enterrado.<sup>263</sup> Si se iba de España, abandonaría a su marido y el que era su sueño. Si cambiaba de casa, no podría verle todas las mañanas. Estos eran los principales argumentos con los que manifestaba contundentemente que no quería irse. Aunque también reconocía que había razones económicas que no le permitían volverse al Reino Unido:

---

dos nos jubilamos y, desafortunadamente, cuando te jubilas tus ingresos bajan. Queríamos viajar y mi marido amaba el sol. Sabíamos que no seríamos capaces de hacer muchos viajes y ya habíamos viajado por Europa, alrededor del mundo prácticamente, ya sabes: Nueva Zelanda, Australia, Rusia, Asia, Oriente Medio, todo, Sudáfrica. Nos recorrimos los cinco continentes y estábamos bastante satisfechos, era uno de nuestros sueños y logramos mucho. Pero sabíamos que una vez nos jubilásemos, no tendríamos suficiente dinero entre los dos para seguir haciendo esto. Él quería algún sitio cálido y elegimos España. Vivimos de alquiler durante dieciocho meses y entonces recibimos las llaves de la casa nueva, un viernes, y limpiamos y limpiamos y limpiamos y pusimos los muebles y, entonces, el lunes por la mañana a las diez nos mudamos. Él estuvo colgando fotografías y otras cosas de los nietos por la escalera, y por la noche nos fuimos a jugar a los dardos al *Dubliner*, que es el pub que frecuentábamos. Llegamos allí sobre las diez de la noche. Jugó su partida de dardos, ganó la partida, fue a la barra a pedir y, mientras el camarero se giraba para coger la bebida, mi marido se desplomó. El camarero oyó un golpe y cuando se giró, mi marido estaba en el suelo. Mucha gente corrió para intentar ayudarlo pero estaba ya muerto, antes incluso de tocar el suelo según el médico forense afirmó. Vinieron a por mí y cuando llegué, allí estaba él. Bueno, la única cosa que puedo recordar de cuando caminaba hacia allí aquella noche fue el rojo, verde y azul. No una cara o una persona, sólo los colores rojo, verde y azul. Y sólo cuando se fueron... estos colores se disiparon y allí le vi en el suelo, y supe inmediatamente que estaba muerto, aunque estaban intentando reanimarlo una y otra vez. Murió de un ataque fulminante al corazón. Los colores que vi eran el verde de la Guardia Civil, el azul de la Policía Local y el rojo de los servicios médicos de urgencias. Pero no puedo recordar ninguna cara, sólo la carretera bañada en rojo, verde y azul. Había tanta gente allí...”

<sup>263</sup> Para un abordaje sobre los contrastes culturales en las diferencias en las prácticas de funerales, servicios religiosos, enterramiento, etc. en las que los inmigrantes de retiro se ven involucrados y tienen que tomar decisiones, véase Oliver (2004).

*“Mine was purely because Ray was here. I had a very strong feeling that he was here, so to go back to England I would lose him. Mine was purely because of him. But for a lot, it’s economic. Because to go back to England now, after you’ve sold your house; you’ve got the problem of selling your house here and the house prices have dropped here and they’re much more expensive in England. And a lot of people, if they haven’t kept their home on, to go back it would cost them a lot more. Plus the economics in England, the cost of living is a lot higher than it is here. The bills, like your gas bill, electric, your poll tax and heating, all of that is so, so high that people, now that they’re on one pension, it’s very difficult to manage on. And if you have got savings you’re going to be eating into your savings all the time to pay your bills”.*<sup>264</sup>

De la misma manera que muchos pueden vivir en España porque el cambio les resulta rentable en términos económicos, desde la mirada inversa es justamente este diferencial de precios lo que hace que pasado un tiempo, no todos puedan permitirse el retorno. No sólo es cuestión de la adquisición de una vivienda sino de la posibilidad de mantener un estilo de vida determinado. Aquí, Madeleine afirmaba tener unas condiciones de vida que no podría mantener en su país de origen: *“Here I can live, I can go out, I can eat, I can go out and socialise with people, I can go to Rojales to the theatre and do things. I can go off for a weekend or a week’s holiday, or day trips, I can do everything here”.*<sup>265</sup>

Desde la muerte de su marido, Madeleine había construido una nueva vida. España no era precisamente su sueño. Habían llegado a España siguiendo más bien la voluntad de Ray, que quería establecerse en un lugar con sol. Ella, a la que nunca le ha gustado el sol, hubiera preferido viajar y explorar países, costumbres y otros modos de vivir. Pasaron alrededor de un año en alquiler en otra casa de la urbanización mientras se construía la suya. Aprovecharon ese tiempo para hacer muchas excursiones por pueblos de la provincia, evitando, matizaba, localidades como Benidorm tan llenas de británicos. Ray estaba pletórico, había encontrado su lugar. Se hizo rápidamente con la gente, tanto la extranjera de la urbanización como la española de Santa Pola, donde bajaban a menudo. Madeleine describe a su marido charlando con todos y ganándose la confianza de extraños, que acababan por invitarles a cenas y a bautizos. Mientras él era el centro, ella se mantenía en un segundo plano. Así fue hasta que Ray falleció y ella tuvo que ser la que estableciera las relaciones, la que hablara, la que descubriera

---

<sup>264</sup> “Mi caso fue, básicamente, porque Ray estaba aquí. Tuve la corazonada de que él estaba aquí, así que volver a Inglaterra significaría perderle. Fue verdaderamente por él. Pero, después de todo, es bastante económico. Porque si vuelves a Inglaterra ahora, después de haber vendido la casa, tienes los problemas de vender la casa de aquí después de que los precios han bajado tanto, y de que las casas son mucho más caras en Inglaterra. Para mucha gente que ha vendido su casa, volver sería mucho más costoso. Además está la economía en Inglaterra, donde la vida es mucho más cara. Las facturas, como la del gas, la electricidad, el impuesto per cápita y la calefacción, todo esto es tan caro que la gente, ahora que viven de una pensión, tiene bastantes dificultades. Y si tienes ahorros vas a tener que ir tirando de ellos continuamente para pagar las facturas”.

<sup>265</sup> “Aquí puedo vivir, puedo salir, puedo comer, puedo salir y relacionarme con gente, puedo ir al teatro de Rojales y hacer cosas. Puedo irme una semana o un fin de semana de vacaciones, o salir de excursión. Aquí puedo hacerlo todo”.

sola el mundo. Las circunstancias le llevaron a desarrollar en España unas facetas dormidas de su personalidad. Al quedarse descubrió la posibilidad de desafiar su independencia e involucrarse en la vida social y asociativa de la urbanización. Iba a jugar con amigos a la petanca, escribía en un periódico local, iba a los bares sin sentir la vergüenza que sentiría si hiciera lo mismo en Inglaterra. También colaboraba activamente en una organización de apoyo a gente con cáncer.

*“That was it you see, I would be sitting there, Ray would be chatting and I would just sit there. And I never joined in half the time. I would say hello and be polite and that, but Ray did all the chatting, but since he died I do the chatting. And I do more, get involved with people. And like I say, I’m working with the cancer group and going to people’s houses and I can do things that I never did before. You know, I would never dream of doing this and writing for the magazine. I never thought I could write. I never thought I could do anything like that. Then I find that I can do it. Yes, yes I’m doing things differently. I can do it and I can talk to people now and I’m more outgoing within myself and I can go out and about, I mean I go all over. I go into a pub. In England I would never dream of going in a pub on my own. I just would not go into a pub on my own in England. I would be, oh, I would be ashamed to do anything like that, it would be terrible. I mean here I can get ready at night, on my own if I haven’t got any friends going out I can go to any of the pubs or bars and I know I’m going to see somebody that I know, and I’ll end up talking to them and that. So I find that the life here is more outgoing and much freer. And I have Spanish friends”.*<sup>266</sup>

Sigue yendo todos los domingos al campo de fútbol de Santa Pola para apoyar al equipo local, tal y como hacía cuando Ray vivía. Tan popular era su presencia y su apoyo en el campo que cuando supieron de su muerte, el director del equipo le mostró sus condolencias ofreciéndole que en honor a Ray, ella entregara el trofeo al mejor futbolista del equipo. Recordaba con risueña ternura cómo la mala suerte hizo que el jugador elegido fuera justo uno que su marido detestaba. De modo que mientras le entregaba el trofeo iba pidiendo disculpas a Ray, pensando cómo estaría revolviéndose en su tumba al verla. Las anécdotas desataban las risas pero se cerraban con el agrídulce paladeo del recuerdo del tiempo pasado.

Madeleine tiene una amplia red de amistades, pero esto no evita que a veces se sienta sola.<sup>267</sup> En general, las mujeres jubiladas enfatizaron más la necesidad de socializarse, de tener a los vecinos cerca, de involucrarse en actividades colectivas. La

---

<sup>266</sup> “Y aquí estaríamos. Yo estaría aquí sentada, Ray estaría hablando, y yo estaría aquí sentada. Y yo me dedicaría a escuchar, básicamente, saludaría y sería educada, y todo eso, pero Ray era el que hablaba. Aunque desde que murió, soy yo quien habla y me involucro mucho más con las personas. Me gustaría comentar que colaboro con la Asociación Contra el Cáncer, voy a diferentes casas y hago cosas que hasta ahora nunca había hecho. Sabes, nunca había soñado con hacer algo así o incluso escribir para una revista. Nunca pensé que podría escribir. Nunca pensé que podría hacer algo así, pero he visto que puedo hacerlo. Sí, hago las cosas de manera diferente. Lo puedo hacer, y ahora puedo hablar con la gente, voy al *pub*. En Inglaterra nunca habría imaginado ir a un *pub* sola. Me sentiría avergonzada de hacer algo así, sería terrible. Pero aquí me arreglo, y voy yo sola si ninguno de mis amigos sale. Voy a alguno de los *pubs* o bares, y sé que seguro voy a encontrarme con algún conocido y que acabaré hablando con ellos y todo eso. La vida aquí es mucho más extrovertida y libre”.

<sup>267</sup> Según recogen algunos estudios, las mujeres mayores viudas suelen estar más integradas socialmente que las parejas mayores y disponen de mayor libertad que las mujeres casadas, aunque manifiesten también sentimientos de soledad y depresión (Ramos, 2006:235).

soledad asaltaba tanto a las mujeres con pareja como solas, que acusaban el aislamiento físico y social derivado de su vida en el campo o, en el caso de las urbanizaciones, del vacío en las casas circundantes a las suyas. Para Madeleine era especialmente duro verse envuelta de una multitud en donde la mayoría son parejas que comparten y se acompañan. Recuerda de manera significativa la Nochevieja del año anterior que celebró en un restaurante de la zona junto con otros extranjeros compañeros de petanca. Estaba siendo una velada muy especial, se sentía parte de una comunidad, pero justo cuando el reloj marcó las doce, la colectividad se escindió y los asistentes se volvieron hacia sus parejas para fundirse en un abrazo. Cuenta cómo se vio en medio de la pista de baile completamente aislada. Fue cuestión de segundos, pero nunca antes en su vida se había sentido tan dolorosamente sola. Al momento se descongeló ese sentimiento, y pronto se vio arropada por los demás que se dirigían a ella para desearle feliz año nuevo.

La Nochevieja de este año la iba a pasar con sus hijos. No quería que se repitiera la experiencia anterior. Los rituales de fechas señaladas le hacían recordar demasiado que ella no tenía su par. Un sentimiento de ausencias que también asoma cuando entra en casa, cierra la puerta y siente el vacío. O cuando está viendo la tele, algo divertido sucede, se gira inconscientemente para comentarlo, pero no hay nadie. No obstante, afirma que en general no se siente sola porque tiene una vida muy activa y muy ocupada. La soledad es un elemento presente o al menos verbalizado sobre todo por mujeres, pero también lo son las estrategias para superarla. Muestra de ello es la alta participación de mujeres en las asociaciones y su iniciativa para crear grupos. Madeleine había creado junto a otras un grupo de viudas y viudos, pero la mayoría de las que asistían eran mujeres. Gran parte de ellas compartían su misma historia; habían venido junto a sus maridos para empezar una vida nueva en España, pero la muerte había cercenado sus proyectos migratorios.

Mary y Judith no son viudas pero también han buscado actividades para reunirse con más gente, como el grupo de petanca en el que conocieron a Madeleine, o las reuniones de lectura de la Biblia. Mary lamenta que su marido no le acompañe a las lecturas bíblicas. Y es que a Steve lo que realmente le entretiene es mantenerse en forma y dar largas caminatas, unos paseos a los que su mujer no le puede seguir por la artritis. Judith también se lamenta de que Austin, de setenta y dos años, quince más que ella, haya tenido últimamente achaques y sus rodillas no le permitan acompañarles a jugar a la petanca.

Ann, presidenta en aquel tiempo de una asociación de ayuda a terceros en la Costa Blanca Sur, lo tiene claro. Considera que para las mujeres migrar a España supone muchas más posibilidades que para los hombres. Cree que los hombres buscan



las mismas actividades que hacían en sus lugares anteriores de residencia, ya fuera golf u otros deportes; mientras que las mujeres tienen más oportunidades y más entornos sociales de encuentro:

*“I think the opportunities are more for the women here, because I think if you were a golfer or whatever it was as a man, if they were into activities in the UK, they look for the same activities here, don’t they? Whereas I think a woman when she comes out, the world opens for her. There are so many groups that a lady can look and be interested in that probably weren’t there in the UK. Not concentrated in such a small area. So I think that for a woman life is a lot better here than probably in the UK, whereas for a man, I don’t think it changes an awful lot, apart from the fact they’re playing golf in the sunshine instead of in the rain”.*<sup>268</sup>

Tanto ella como su marido querían venir a España pero sus vidas se establecieron de forma distinta. Ella tenía mayor predisposición para establecer nuevas amistades y unirse a grupos. Cree que en general, estas diferencias de género son comunes en otras parejas: *“I think the women tend to go out and make a better life for themselves than they would in the UK because there are so many social groups and activities. Whereas the men, I think it is a bit more difficult for the men somehow”.*<sup>269</sup> Su marido cuando llegó a la jubilación decidió que no iba a hacer nada excepto jugar a la petanca unos días a la semana. A Ann esto le desesperaba, aunque luego vio su parte positiva: se habían invertido los papeles. Mientras que ella proyectaba su vida al exterior, él asumía las tareas domésticas:

*“My husband for example he’s happy at home and I go out. I’ve managed to get him to join one club with me, but for the last, we’ve been out here we’re in our 13<sup>th</sup> year permanently now, and it’s me that goes out and leaves him at home, which is wonderful because he ended up doing all the housework, all the cooking”.*<sup>270</sup>

Antes que quedarse encerrada en casa, Ann decidió involucrarse en la vida asociativa del área de urbanizaciones de Torrevieja en donde vive. En los comienzos de su experiencia organizativa eligió unirse como voluntaria por razones económicas. Cuando llegaron a España su marido estaba todavía prejubilado, con lo cual sólo cobraba la pensión del Estado, con la que además tenían que acarrear el pago un seguro privado de salud a la espera de alcanzar la edad de jubilación y poder tener

---

<sup>268</sup> “Pienso que hay más oportunidades aquí para las mujeres, porque creo que si fueras un golfista o lo que fuera que un hombre hiciese, si ellos practicaban actividades en el Reino Unido, buscarían las mismas actividades aquí ¿no? Mientras que una mujer, cuando sale, el mundo se abre para ella. Existen tantos grupos por los que una mujer puede sentirse interesada que probablemente no existirían en el Reino Unido. Al menos, no concentrados en un área tan pequeña. Por lo que pienso que la vida aquí es mucho mejor para una mujer que probablemente en el Reino Unido, mientras que para un hombre, no creo que cambie tanto, aparte del hecho de que ahora juegan al golf en el sol en vez de bajo la lluvia”.

<sup>269</sup> “Pienso que las mujeres tienden a salir más y llevar una vida mejor aquí de la que tendrían en el Reino Unido porque aquí hay muchos grupos sociales y actividades. Mientras que los hombres, bueno creo que de alguna manera es un poco más complicado para los hombres”.

<sup>270</sup> “A mi marido, por ejemplo, le encanta estar en casa, pero yo salgo. Me las he arreglado para que se apunte a un club conmigo. Llevamos aquí trece años de forma permanente y, desde que llegamos, sigo siendo yo la que sale y le dejo en casa, lo cual es maravilloso porque al final él acaba haciendo las tareas de la casa, toda la cocina”.

derecho a la seguridad social. Inscribirte en una asociación benéfica supone pagar la inscripción, más el dinero que hay que aportar para colaborar en las actividades de recaudación de fondos, además de la socialización, que también tiene un precio. Nunca antes en el Reino Unido se había involucrado en asociaciones, de hecho no se consideraba lo que llaman una *clubby person*<sup>271</sup>, pero aquí lo necesitaba. Cuando la conocí estaba finalizando su mandato de presidenta, pero tenía claro que cuando llegara a su término no pensaba abandonar su vida social y volver a casa, y así fue como se lo comunicó a su marido:

*“When I stopped I said to my husband there is no way I’m going to stay at home all the time. I said I can’t do that I’ll go mad. I said I’m going to go to the charity shop one morning a week, I’m going to go to my art class and I’m going to join a no smoking club. It would be very nice if you came with me but I said that’s up to you because you cannot push my husband, but he does, so it’s nice, and we do that and lots of couples are there so that’s nice”.*<sup>272</sup>

### 6.8. Otros orígenes, otras historias

A Henk no le interesan ni las asociaciones ni relacionarse con compatriotas. De hecho, hace poco que le habían invitado a que se uniera a un club holandés en Santa Pola, pero declinó. No es el tipo de persona a la que le vayan los clubes ni las concentraciones de nacionales. Por este mismo motivo cambió su residencia y se mudó a Sondosal, en donde en comparación con otras urbanizaciones, la proporción de españoles es mayor. La anterior estaba en Rojales, uno de los términos municipales por excelencia del turismo residencial. Él prefería un lugar con menos extranjeros o, al menos, que no fueran holandeses con los que potencialmente se tendría que relacionar por cortesía de compatriota. También rehuye a los ingleses, pero desplaza el tema para evitar su sincera opinión.

Al igual que Elizabeth, que también vivía por su cuenta, tiene más relaciones con españoles que las parejas que conocí. Para aquellos quienes no sólo han venido buscando sol sino que quieren acercarse de algún modo a la vida española, tener amigos españoles es vivido como un logro, y como tal es contado. El rango va de tener amigos a tener vecinos, de ir a bares españoles o involucrarse en asociaciones de españoles. Henk no va a asociaciones de ningún tipo pero tiene buenos amigos españoles, sus vecinos son turistas estacionales madrileños, come siempre en un bar español de una pedanía cercana no turística, y se enorgullece de que sueña en español. Su capacidad para desenvolverse en España le ha convertido en la principal ayuda para

---

<sup>271</sup> Persona asidua a los clubes.

<sup>272</sup> “Cuando me jubilé, le dije a mi marido que de ninguna manera me iba a quedar en casa todo el tiempo. Le dije que no podría, que me volvería loca. Le comenté que iba a ir una mañana a la semana a la tienda de una organización benéfica, que iba a ir a clases de arte y que me iba a apuntar a un grupo de no-fumadores. Le comenté que sería fantástico que viniera conmigo, pero le dije que dependía de él porque no podía forzarle a hacerlo. Pero viene y es fantástico. Nos dedicamos a esto y hay bastantes parejas más, lo cual está muy bien”.

su vecina alemana que, como no habla nada de español, recurre a él con asiduidad para resolver gestiones con la administración.

Henk tiene sesenta y cinco años, es soltero y vive en compañía de Oscar, su perro. Se instaló en España tras jubilarse de su trabajo de profesor de teología en un instituto de Holanda. No tiene nada en su país de origen que le haga pensar en volver, si acaso sus hermanas y sobrinos; pero como suelen visitarle a menudo, lleva bien la distancia. Por ejemplo, hace no mucho casi la mitad de su familia se trasladó desde Holanda para celebrar con él su cumpleaños. Henk tiene muy claro que quiere vivir, morir y ser enterrado aquí. Sus palabras no son vanas, de hecho ya tiene comprado su nicho en una población próxima. Es protestante pero no le importa que el cementerio sea católico. Ya lo tiene todo arreglado, no quiere crear problemas a nadie. Aquí tiene una vida social muy activa, como no la había tenido antes, a pesar de que su salud le ha dado varios reveses y le ha limitado bastante sus posibilidades. Aun con estos contratiempos, valora que su calidad de vida aquí es mejor que la que tendría en Holanda.

Oda también opina que tiene mejor calidad de vida aquí que en Noruega, su país de origen. Cuando sea mayor, que calcula en diez años más, quiere quedarse durante todo el año. Por ahora está seis meses en España y seis en Noruega. Aquí se siente más saludable, se siente “viva”. Tanto para ella como para el resto de noruegos que conoce del club social noruego de Sondesal, poder abrir la puerta su casa en la urbanización y salir sin más, es toda una suerte. Se congratulan que aquí no tienen que estar quitando nieve con la pala, lo que les ahorra muchos dolores de espalda.



**Figura 14.** Urbanización Sondesal  
Fuente: Elaboración propia

Oda llegó hace once años. Primero estuvo en El Albir, donde conoció a su pareja, y luego vino a Sondosal. Ambos lugares son las concentraciones más importantes de nórdicos de la provincia. Su cambio de residencia se debió a motivos económicos dado que Sondosal es más barato que el norte de la provincia y tiene el aliciente de ser una importante comunidad de nórdicos. Su vida social gira en torno al club, donde se siente segura. Allí da clases de pintura, atiende la barra y organiza actividades como excursiones por el área. En el club son unos cuatro cientos afiliados, la mayoría de Sondosal, pero también algunos de Alicante y La Marina. A pesar del nombre del club, no sólo es de noruegos sino que incluye al resto de nacionales nórdicos. La mayoría de ellos reparte el tiempo anual entre sus países y España.

Jodie y Brigitte también dedican gran parte de su tiempo a una asociación, que en su caso es la *charity*<sup>273</sup> que crearon juntas. Jodie es americana y Brigitte holandesa, pero se mudaron a España desde Alemania, su anterior país de residencia. Las dos se dedicaban al espectáculo, una cantaba ópera y la otra bailaba. Y fue entre bambalinas que comenzó su estrecha relación. Desde entonces viven juntas y se han involucrado en diversos proyectos, antes artísticos y ahora asistenciales. Vinieron por primera vez a España seducidas por el atractivo eslogan de “¿quiere huir del frío?” y las facilidades de una visita de inspección gratuita. En la segunda ocasión, en 1997, también vinieron en visita de inspección, pero en esa ocasión tomaron la decisión de venderlo todo en Alemania y comprar una casa en la urbanización que les mostraron.

Jodie tiene ataxia y hace poco le diagnosticaron un cáncer de mama. Por esta razón están empadronadas en Orihuela, pero no tienen la residencia en España. De tenerla, Jodie perdería los beneficios que el gobierno alemán le concede por su discapacidad. Aun con su discapacidad, vive junto a Brigitte en una zona agreste y deshabitada de la sierra de Orihuela. Antes residían en una urbanización pero se tuvieron que mudar al campo ante las numerosas quejas de sus vecinos, también extranjeros, por las molestias que ocasionaban los ladridos de sus dos perros. El entorno es privilegiado para quienes buscan tranquilidad pero tiene sus contrapartidas. Entre ellas, el aislamiento, los caminos de acceso sin asfaltar, y ni una sola farola que los ilumine. Los dos primeros años tuvieron que ingeniárselas con un generador eléctrico y placas solares, pues no tenían ni agua ni luz. Sus escasos vecinos son casi todos extranjeros, y la mayoría comparten la misma experiencia de vivir unos años en urbanizaciones para luego marcharse al campo. El terreno donde están lo compraron a una española que no les informó que estaba catalogado como rústico, razón por la cual

---

<sup>273</sup> Asociación de ayuda.

no han podido construir una vivienda.<sup>274</sup> Su hogar se compone de tres casas prefabricadas de madera correspondientes a la cocina, dormitorio y trastero, respectivamente. Hacía poco que habían vallado el terreno, justo después de que les entraran a robar llevándose la televisión, el equipo de video y un delfín de plata con las cenizas de la madre de Brigitte. Al igual que Steve y otros residentes extranjeros del sur de la provincia, insisten en el falso estereotipo de ellos como ricos. Brigitte afirma que en la Costa Blanca Sur, que ella llama la Riviera de los pobres, no necesitas mucho dinero y, sin embargo, puedes tener sol:

*“The people, we call this area a poor man’s Riviera. It’s not a rich Riviera. This will never be the Costa del Sol because that’s all the people can afford is the Costa Blanca south. They only have so much money and they come here and they buy their little piece of the sun”.*<sup>275</sup>

A pesar de ser parte del colectivo, a Jodie le preocupa la cantidad de comercios extranjeros que se están instalando en la zona y que compiten con los españoles. Cree que esto puede derivar en un gran conflicto, del mismo modo que la concentración de extranjeros puede crear resentimiento y confrontación. No obstante, también le parece injusto que todos paguen por las actitudes de otros extranjeros que son irrespetuosos con los españoles.

En 2004 pusieron en marcha su asociación dedicada a proveer acompañamiento y cuidados paliativos a personas, extranjeras o no, con enfermedades terminales. Su objetivo final es la creación de un centro donde poder atender estas situaciones. La motivación vino tras conocer las dificultades por las que habían atravesado personas en situación terminal que, tras ser dadas de alta del hospital, no encontraban lugares ni disponían de recursos donde poder recibir cuidados. Preservar la dignidad en los momentos finales de la vida es el lema principal de la *charity*. Su forma de recaudar fondos es organizar múltiples actos, ya sean rifas, marchas o cenas. En diciembre de 2007 pude asistir a uno de estos actos al que llamaron “*Light up a life*”.<sup>276</sup> Se celebró en un restaurante de Torrevieja regentado por británicos. La recaudación era a través de la cena y de los boletos que Brigitte vendía, cada uno a

---

<sup>274</sup> Uno de los principales problemas de los residentes noreuropeos en la provincia de Alicante, pero también en Andalucía, son las estafas en la venta de casas en terreno no urbanizable. Muchas personas se ven en la situación de que su única vivienda, la que han adquirido en España, está amenazada de derribo por tratarse de una vivienda ilegal. En la provincia de Alicante los casos de los pueblos de Llíber y Catral son un ejemplo. Esta situación ha llevado recientemente a que los gobiernos británico y español con la Generalitat Valenciana y la Junta de Andalucía alcancen un acuerdo por el cual el consulado británico de Alicante contará a partir del próximo mes de abril de 2010, con un funcionario español experto en legislación para proporcionarles asesoramiento en temas relacionados con el urbanismo, la educación, la sanidad y los servicios sociales. Esta iniciativa también se aplicará en el consulado británico de Málaga.

<sup>275</sup> “Nosotros llamamos a esta zona la ‘Riviera de los pobres’. No es la Riviera rica. Esto nunca será la Costa del Sol porque todo para lo que la gente puede ahorrar es la Costa Blanca Sur. Tienen el dinero suficiente para venir aquí y comprar su pequeño pedazo de sol”.

<sup>276</sup> “Enciende una vida”.

cinco euros, para el sorteo de un crucero. El salón se había engalanado para la ocasión. Los densos cortinajes y los adornos en mesas y sillas se sumaban a la habitual decoración del local en la que destacaban los cuadros de plazas de toros españolas. Todo ello daba un resultado con aire *kitsch*, habitual en estos espacios temporales herederos del turismo de masas. La gente también se había arreglado para la ocasión y lucían sus mejores galas con una clara preferencia por los brillos.

A las siete y media ya estábamos cenando. Después vinieron los discursos, primero de Jodie, explicando el trabajo de la organización; y a continuación de las enfermeras voluntarias que contaron lo gratificante de sus experiencias. El acto se fue cargando de emotividad hasta que culminó con un ritual en el que participamos todos los presentes. Se encendió un velón por los que se habían ido, y otro por los que estábamos vivos. Su luz pasó de mesa en mesa prendiendo las velas que cada una disponíamos. Finalmente colgamos en un árbol simbólico los papeles en los que previamente habíamos escrito el nombre de alguien que se había marchado o de alguien que estaba siendo cuidado. La música sonaba y la gente se desbordaba en lágrimas. Una catarsis emocional a través de la cual se estaba (re)creando el sentido de comunidad. La velada terminó con el humor y las canciones de una pareja de británicos también voluntarios. A las once, la gente empachada de noche, de comida y de emociones empezó a retirarse a sus hogares. En otra dimensión temporal, parecía que fueran las cuatro de la madrugada españolas.

Jodie cree que la gente viene buscando sol y buena comida pero no piensa en la muerte, en las dificultades que con el tiempo pueden ir presentándose. Aunque reconocen que hay un margen que siempre se escapa a la previsión. Ellas mismas no saben que pasará con la ataxia y el cáncer de Jodie. Normalmente las personas involucradas en asociaciones de ayuda a terceros son las que más resaltan las consecuencias que acarrea eludir el futuro y la falta de cálculo de riesgos. Las asociaciones con más envergadura que conocen bien las consecuencias, tratan de concienciar a los que deciden migrar:

*“When deciding where to live, it is wise to consider public transport services as the day may come when you are no longer able to drive. Similarly you should plan ahead for the day when stairs, hills, D.I.Y. and the thousand and one tasks you take in your stride may seem to be more and more of a problem. Many people, who do not plan ahead and think about how they will manage if their circumstances were to change in the future, experience problems. If you have not had the opportunity to spend more than a few weeks at a time in Spain, renting a property in the locality of your choice may be worth considering until you become familiar with it”.*<sup>277</sup>

---

<sup>277</sup>“Cuando decidimos donde vivir, fue inteligente tener en consideración los servicios públicos de transporte ya que llegará el día en que no podamos conducir. De la misma manera, se debe pensar en los días en que las escaleras, las cuestas, el bricolaje y mil otras tareas que se hacen, pueden llegar a ser un problema. Mucha gente no se plantea esto y tampoco piensa en cómo se las arreglarán si las circunstancias cambiasen en el futuro, en los problemas. Si no has tenido la posibilidad de pasar más de unas semanas seguidas en España, alquilar una

La incertidumbre no sólo es un problema sino que también es un espacio para el negocio, que numerosas empresas aprovechan para vender planes prediseñados. Los periódicos están repletos de mensajes publicitarios donde les recuerdan la necesidad de hacerse seguros de vida, de pensar en sus funerales o de reservarse una plaza en una residencia.

La migración postjubilatoria está estrechamente relacionada con el curso vital de cada persona, por ello sus motivaciones no son nunca del todo abarcables. Cuando uno viaja, es un aventurero; cuando lo hacen muchos, son turistas. Muchos cuentan su vida en España casi como un periplo vital que les ha conducido hasta aquí, otros como una elección más racional y práctica, pero siempre sus viajes son únicos. Unas retóricas de la nueva vida (Huber and O'Reilly, 2004) en las que concurren aspectos simbólicos junto a los materiales, y en donde la edad y la salud están en el centro. Estos retratos han sido incompletos en tanto que concretos, pero su vocación reside en que fueran lo suficientemente expresivos como para conocer otras dimensiones de quienes migran, para sondear algunos de los aspectos identificativos de estas migraciones, y para introducir las cuestiones que abordaremos a continuación.

---

propiedad en la localidad de tu elección puede ser lo mejor hasta que te familiarices con todo”.

## **7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad**

Entre los tres acabamos la primera botella de vino blanco en apenas una hora. Con la satisfacción avivada por el alcohol y la conversación, Ronald sugirió qué nos pasáramos al rosado. Así fue que, de inmediato, trajo la siguiente con la que acompañamos la animada tertulia. Sacó una tercera más pero yo ya no pude seguirles, todavía me quedaba por delante bajar de la oscura sierra y conducir hasta mi casa, a cuarenta minutos de allí. Pasamos la tarde de un quince de mayo en el porche de su campo, hablando, bebiendo y picando desde las seis de la tarde hasta las diez de la noche. Era nuestro primer encuentro pero tenían muchas ganas de compartir sus experiencias, de modo que la que iba a ser una primera entrevista para la toma de contacto, se transformó en una velada de recuerdos, confidencias y complacencias.

En su intento de explicarme el entusiasmo por su nueva vida, Ronald y Brenda me señalaron que, justamente un encuentro como el que estábamos teniendo, era el mejor ejemplo con el que ilustrar sus razones para venir a España. Insistían en que en Inglaterra no podríamos estar haciendo lo mismo, sino que estaríamos dentro de la casa, con la televisión encendida, y probablemente, con la calefacción central puesta.

La noche se iba cerrando sobre nosotros mientras Brenda reconocía que desde que estaba aquí se sentía muy segura. No había sentido peligro alguno cuando sale a caminar por las veredas que conducen a su campo en la sierra, ni siquiera por las noches de vuelta de alguna fiesta. Tampoco sentían la necesidad de cerrar las puertas de su casa, y Ronald, aunque transportando siempre la bombona de oxígeno por su insuficiencia respiratoria, celebraba su tranquilidad para pasear a los perros o conducir el tractor. De hecho, incluso en el caso de que algo les pudiera suceder, tenían la



confianza de que los vecinos españoles darían la voz de alarma. Los campos están bastante diseminados por la sierra y ellos no los conocen a todos pero se saben conocidos por el resto, lo que en cierto modo les hace sentir protegidos.

Tanto Ronald, con su enfermedad pulmonar, como Brenda, enferma de tiempo por su adicción al trabajo, coincidían en que desde que estaban en España disfrutaban de una mejor calidad de vida. Valoraban positivamente los cambios que la nueva residencia había traído a sus vidas, un bienestar en el que colaboraban muchos factores entre los que figuraban las condiciones climáticas que beneficiaban la salud de Ronald, el ritmo de sus días, pero sobre todo la calidad del tiempo vivido más allá del consabido sol. Brenda lo resumía así:

*“Torrevieja and this area is one of the healthiest because it’s low industry, heavy industry, but the air is very pure. So for Ronald not to have cold, wet, rain, snow, wind, um, healthy, good food, fresh food all the time, and a very sort of easy, non-stressful life, that to us is very, very important; time to sit down and also quality, quality of time. If we were still living in England, I would probably still be working because I am that type of person and once I’m caught up in work then I’d be out the house first thing then I’d be back in the evening, it would be, oh, an hour to cook food. We have a quality of time together here, because of the weather. You see it’s the weather that’s the factor. It’s not sitting out in the sun. We’re talking about a fact like today”.*<sup>278</sup>

Como ya hemos dicho, la salud y el bienestar suelen ser unas de las principales razones que la población jubilada refiere para migrar, así como el marco en el que los cambios vividos adquieren sentido. Unas experiencias trabadas de elementos que van de lo personal a lo colectivo, de lo material a lo sensorial, que tanto se fundan en razones climáticas, biomédicas, sociales como culturales. El desplazamiento permanente o estacional a la Costa Blanca no sólo consiste en un mero cambio de país sino en la asunción de un nuevo estilo de vida compuesto de sol, vida al aire libre, ocio, dieta mediterránea y tranquilidad. Una mixtura de factores que convierte a la inmigración de retiro en una estrategia que aspira a la salud, en un movimiento hacia un entorno favorable en donde afrontar los años venideros.

Pero la salud vertebró la migración de retiro de manera variada, compleja y, a menudo, contradictoria (King et al. 2000:165-198). Desde su comprensión como proceso de salud/enfermedad/atención podemos observar la génesis de la migración en sí misma, las aspiraciones de sus protagonistas, y la anatomía de las discordias con

---

<sup>278</sup> “Torrevieja y esta zona es una de las más saludables porque tiene poca industria pesada y el aire es muy puro. Por lo que, para Ronald, el hecho de no tener frío, humedad, lluvia, nieve, viento y tener comida fresca y saludable todo el tiempo, y llevar una vida tranquila y sin estrés es, para los dos, muy importante. Supone tiempo para sentarnos y calidad, calidad de tiempo. Si todavía estuviéramos viviendo en Inglaterra, probablemente estaría aún trabajando porque soy esa clase de persona que, una vez que se pone, estoy trabajando desde la primera hora del día hasta tarde. Sería, como, ¡oh, una hora para preparar algo de comer! Ahora tenemos calidad de vida gracias al clima. El factor más importante es el clima. No es el hecho de tumbarse a tomar el sol. De lo que se trata es de tener días como el de hoy”.

## *Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad*

la sociedad de destino. Esta perspectiva nos permite obtener nuevos datos acerca de los contextos, itinerarios, usos, transacciones y estrategias que envuelven la opción migratoria, así como articular un modelo explicativo alternativo de este fenómeno.

En este capítulo trataremos de explorar las relaciones entre salud y migración de retiro desde el análisis de algunos de sus espacios vivenciales, institucionales y discursivos. Veremos de qué modo la salud actúa como desencadenante para la migración, cuál es su protagonismo en el nuevo estilo de vida adoptado, cómo se gestiona desde la atención formal, así como la configuración de síndromes relacionados con la movilidad. En definitiva, trataremos de ofrecer otras lecturas de la migración de retiro que nos permitan encontrar nuevos referentes.

### **7.1. El lugar de la salud, la salud como lugar**

En los estudios sobre migraciones de retiro nunca falta el escrutinio y cómputo estadístico de las motivaciones para la movilidad. Son trabajos que muestran una síntesis jerarquizada de ítems correspondientes a los distintos factores que concurren en la toma de la decisión migratoria. Como ya se ha señalado, en las distintas estadísticas que se han hecho sobre la migración de retiro hacia España (Rodríguez et al. 2004) y hacia la Costa Blanca (Casado- Díaz, 2001), el clima aparece como la principal razón para migrar, y a la zaga le siguen la salud, el estilo de vida o el coste vida.<sup>279</sup> Sin embargo, en las narrativas sobre las motivaciones estos aspectos no aparecen escindidos sino que se articulan entre sí. El sol es salud y vigor; la salud, es poder salir a caminar; la posibilidad de salir más a cenar fuera, es bienestar. Los diferentes elementos pasan a ser dimensiones materiales, sociales y simbólicas que se entremezclan de manera compleja con los vaivenes de la vida. Los factores motivacionales no son compartimentos estancos sino que se articulan entre sí en constelaciones de sentido. El bienestar es el principal cluster que rige muchos de estos itinerarios migratorios hacia la Costa Blanca. Una noción amplia de bienestar en la que destaca el componente ambiental, relacional y etario.

La migración en busca de beneficios para la salud no es una fórmula nueva. Los lugares, desde su vertiente material, social y simbólica, han estado históricamente ligados a determinadas nociones de bienestar. Como ya vimos, los vínculos entre territorio y salud se dan desde hace siglos con las peregrinaciones y llegan hasta hoy asociadas a las “vacaciones saludables”. En éstas, el cambio de clima, especialmente en lo que refiere a su versión heliotrópica (Carter and Michael 2004; en Cook et al.

---

<sup>279</sup> En la explotación de datos de la encuesta de la UCAM&Universidad de Hamburgo obtuvimos que entre las principales razones seleccionadas por los 235 británicos mayores de 51 años fueron: disfrute de la jubilación (154); el clima y el mar (146), modo de vida español (134) y motivos de salud (90).

2005:7), ha sido socialmente considerado como positivo para la salud. En los mapas del turismo residencial, la Costa Blanca es uno de los lugares considerados como saludables, y la retórica del microclima beneficioso para la salud, su principal baluarte. Un discurso de compra-venta de la salud que sirve como reclamo para atraer jubilados.

Pero en esta conexión entre salud, movilidad y territorio quedan todavía cuestiones por explorar. La afirmación de que la salud es una de las principales razones para migrar, no es necesariamente sinónimo de que el fin es mejorar el curso de una enfermedad al abrigo de un clima cálido o acceder a una operación de cadera en menor tiempo que en origen. Migrar por salud es una red de expectativas y experiencias que abarcan muchos ámbitos y que necesitan ser desentramados en cada contexto para aprehender mejor sus lógicas. Los lugares son insuficientes para explicar las nociones de bienestar que manejan, porque dónde se migra deviene tan significativo como cuándo se migra.

En las narrativas sobre sus experiencias en la Costa Blanca, las referencias al bienestar y a la salud conforman un expresivo mosaico de elementos que intersectan con la evaluación de los beneficios tanto de migrar, como de su nueva vida. El territorio queda filtrado por el tiempo biográfico de uso y, en este sentido, el hecho de que el desplazamiento coincida con el periodo de jubilación le añade una dimensión temporal. Una doble dimensión, espacio-temporal, y unos contrastes que voy a abordar en su complejidad desde la noción de cronotopo.<sup>280</sup>

## **7.2. La dimensión espaciotemporal del bienestar: cronotopos de contrastes**

El cronotopo se ha utilizado en varios campos de estudio con una finalidad integradora. El cronotopo es definido por Mijaíl Bajtin como “la conexión esencial de relaciones temporales y espaciales que expresa el carácter indisoluble del espacio y el tiempo (el tiempo como la cuarta dimensión del espacio)” (Bajtin, 1989:237). Un discurrir del tiempo densificado en el espacio, y de éste en aquel, donde ambos se interceptan volviéndose visibles al espectador y apreciables desde el punto de vista estético.<sup>281</sup>

Esta figura retórica también ha sido utilizada como recurso de análisis antropológico y feminista por su potencial para expresar la complejidad de los hechos

---

<sup>280</sup> Del griego: *kronos* (tiempo) y *topos* (espacio, lugar).

<sup>281</sup> En un mismo relato pueden coexistir distintos cronotopos que se articulan y relacionan en la trama textual, y cuyo fin es el de crear una atmósfera especial y un determinado efecto. Para Bajtin (1989), su más destacado teórico en el campo literario, el cronotopo es el centro organizador de los eventos narrativos fundamentales de una novela, es el vehículo de la información narrativa que permite la narración del suceso. En tanto que todos los sujetos sociales somos atravesados por el tiempo, la idea del cronotopo en la literatura consiste básicamente en hacer manifiesto este fenómeno buscando el modo de representar esa materialidad epocal.

## Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad

etnográficos. <sup>282</sup> Teresa del Valle (1999a), en su estudio sobre los procesos de la memoria, propone los cronotopos genéricos como estrategia metodológica para indagar en los puntos en donde el tiempo y el espacio, imbuidos de género, convergen como núcleos poderosos que pueden actuar dentro de la estructura social. “Enclaves temporales con actividades y significados complejos en los que se negocian identidades, donde pueden estar en conflicto nuevas interpretaciones de acciones, símbolos creadores de desigualdad” (Ibíd.: 246).

En nuestro caso utilizaremos la noción de cronotopo para visibilizar las interacciones vitales entre tiempos y espacios implícitas en las motivaciones para migrar, en las valoraciones sobre la nueva vida, y en los contrastes que se formulan con respecto al lugar de origen. La migración de retiro implica dos movimientos, uno por la geografía y otro por el curso vital. En uno se llega a España y en el otro a la jubilación. Las trayectorias individuales se proyectan sobre geografías poniendo en relación distintos espacios y tiempos: origen y destino por un lado, periodo laboral y de jubilación, por otro. Paisajes socioculturales y tiempos vitales diferentes, cada cual con sus atributos y valores, que la migración pone en comparación y que las personas jubiladas manifiestan a través del ejercicio continuo de contraste entre lo de aquí y lo de allí, lo de antes y lo de ahora. Porque como señala Fernando García Selgas, todas las interrelaciones entre cronotopos son dialógicas (1999:170). Desde estos discursos de la dualidad espacial y temporal, vamos a ir conociendo los componentes de su ecuación valorativa del bienestar.

### *Lugares: No era país para jubilados*

Grace disfruta junto a Cooper de las mieles de sus primeros dos años en España. Para ella, el mayor cambio en sus vidas desde que están aquí, es que pasan mucho tiempo fuera de casa. Lo puedo corroborar en la tonalidad entre morena y rojiza que luce su piel. Pero me insiste en que no son de aquellos que se tumban en la playa; su bronceado les viene de la exposición al sol en sus habituales caminatas. Todo lo que pueden hacer andando, como visitar a sus amigos o a hacer la compra, lo hacen. En Inglaterra, Grace no podía hacer tanta vida de calle, así que pasaba gran parte del día apoltronada en su casa como una “*couch potato*”,<sup>283</sup> viendo la televisión y dejando pasar la vida. Desde sus renovadas rutinas, ahora afirma que ese tipo de vida no era bueno. Cuando estaba en Inglaterra dedicaba mucho tiempo a actividades caseras

---

<sup>282</sup> El cronotopo también es utilizado en la teoría de la relatividad y en la geografía. En este último caso se suele usar para hacer análisis del territorio desde el uso temporal del espacio (Cortizo, 2003).

<sup>283</sup> Expresión inglesa que se aplica a alguien que se pasa la vida en el sofá, normalmente mirando la televisión, y apenas hace otras actividades.

como coser o confeccionar ropa, algo que aquí ha dejado de hacer. Ahora prefiere estar al aire libre y moverse de aquí para allá. Aunque lamenta que no puedan llevar esta vida en su país, del que añora sus paisajes.

Henk ha cambiado sus rutinas gracias al clima: “En Holanda estás en casa desde las seis de la tarde porque hace frío, está lloviendo, o hay mucho viento. Estás encerrado. Aquí la vida es por la calle y eso a mí me gusta. Porque a mí me gusta ver gente y hablar con gente”. El clima soleado es vivido como una experiencia de salud, libertad y sociabilidad que modifica sus cuerpos, tiempos, actividades y relaciones. Sus cuerpos buscan sol. Se les ve caminando por las calles, por la playa, por las veredas; pedaleando por los márgenes de las carreteras; llenando las terrazas de los bares. Es un clima que queda incorporado en su piel y que refleja la *joie de vivre* que implica su elección. Un sol que es concebido como distinción social. Ahora bien, el sol que buscan no es el de los turistas, o al menos en esta afirmación se distinguen de ellos y de lo que consideran sus excesos. Rechazan las imágenes de quemados por el sol, tumbados horas y horas en la playa, sin tener en cuenta los perjuicios de su abuso. Pero el bronceado gusta porque es sinónimo de salud y un marcador físico de la vida en España. Porque el suyo no es el resultado de la pasiva exposición en la playa sino de sus habituales paseos. También sus casas y sus usos se abren al sol. En las urbanizaciones es fácil ver cómo las viviendas se van reformando para que la vida doméstica se extienda hacia el exterior y transcurra más tiempo afuera. Se acristalan las terrazas para poder aprovecharlas en invierno, o les colocan cañizos para que su privacidad esté a buen recaudo mientras disfrutan de la luz y de la brisa, de saberse fuera pero en casa, expuestos pero protegidos.

Los discursos sobre la influencia del clima en su mejor calidad de vida también hacen alusión a los efectos que produce sobre el talante de la gente. El frío y el calor son interpretados en términos sociales opuestos, en simetría inversa con pares como el de reserva y confianza, apertura y cierre, individualismo y sociabilidad.<sup>284</sup> El clima social de España es percibido como más cálido, y en él se sienten más conectados y arropados que en sus países de origen. Hay quienes consideran que, de hecho, el clima hace que los ingleses sean reservados y reacios a mostrar sus sentimientos. Lisa dice que “*the English don’t show their feelings. If in England I met somebody, I mean, to start with, you walk along the road, you said ‘buenos días’, you don’t know them, but you said ‘buenos días’, they would think you were loco in England*”.<sup>285</sup> Por contraste, los españoles

---

<sup>284</sup> Claude Levi-Strauss indagó en las oposiciones binarias entre términos de orden sensible como fuente de cuentos y mitos en su obra “Lo crudo y lo cocido” (1964).

<sup>285</sup> “Los ingleses no muestran sus sentimientos. Si en Inglaterra me encontrara con alguien, quiero decir, para empezar, si fueras por la calle y dijeras ‘buenos días’, sin conocerles, pero dijeras ‘buenos días’, pensarían que

*Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad*

son tenidos por más espontáneos, cercanos y emotivos. Pero para Rose, jubilada inglesa, no es tanto el origen de las personas lo que influye en el carácter, sino el medio en el que se desenvuelven. Desde esa premisa se congratula de que en España no se dé el que ella llama “*looking down and don’t talk to me effect*”.<sup>286</sup> Por el contrario, la gente que se cruza contigo, sea del país que sea, saluda. Judith asiente a las palabras de Rose, pues comparte la idea de que los ingleses son más amigables aquí que en Inglaterra.

Para Judith, instalada permanentemente junto a Austin en la urbanización Sondosal, el sol tiene una gran influencia en sus días, sobre todo en invierno. Que siga brillando casi todo el día le parece, simplemente, maravilloso. Los numerosos días de sol y las temperaturas agradables son lo que les permite hacer lo que más les gusta: jugar a la petanca, organizar visitas turísticas con sus amistades, o salir a cenar aprovechando la amabilidad de las temperaturas pero también la de los precios. En Inglaterra no se podían permitir salir a comer fuera a menudo porque es muy caro. El coste de la vida en el Reino Unido no sólo asciende por el precio de la propiedad sino por todos los suministros que tienen que pagar de agua, gas, electricidad o combustible. La asequibilidad económica de España se materializa en una mayor capacidad de consumo y, en consecuencia, en la posibilidad de participar más en la vida social y de obtener una imagen positiva de sí mismos, dado que ambas esferas están especialmente mediatizadas por el consumo. Para algunas personas este diferencial de coste les permite aumentar su poder adquisitivo para el ocio, pero para otras con menos recursos significa una oportunidad para vivir sin aprietos. Ejemplo de este último perfil viene en una carta escrita al *Home Office Minister* por parte de un inglés de setenta y cuatro años, residente en Benijófar, ante la anunciada retirada de una ayuda del gobierno británico a los jubilados en el extranjero:

*“We do not smoke, we do not consume alcohol, nor can we afford to eat a meal out. We live a very modest life, but it is a better quality of life from that of England. Seven years ago I had the courage and good sense to move to Spain for this reason, even though we still have to watch the pennies”.*<sup>287</sup>

La caída de la libra esterlina desde la entrada del euro, y la devaluación de las pensiones, especialmente con la crisis actual, han hecho que la vida en España no sea tan ventajosa para la población británica como lo era antes. Aun así, la diferencia de precios les permite, tanto a los que viven una vida más acomodada como a quienes lo

---

estás loco”.

<sup>286</sup> “El efecto: mirar hacia abajo y no hablar”.

<sup>287</sup> “Nosotros no fumamos, no bebemos alcohol, ni nos podemos permitir salir a comer fuera. Vivimos una vida modesta, pero tenemos mejor calidad de vida que la que tendríamos en Inglaterra. Hace siete años que tuve el corage y el buen setido común de mudarme a España por esta razón, aunque todavía tenemos que estar pendientes de los peniques”. Una copia de la carta fue enviada a la sección de Cartas al Director del periódico *Costa Blanca News* (1-8/08/ 2008).

hacen de manera más modesta, ir estirando su dinero y vivir más holgadamente.

La tranquilidad y la seguridad son otros de los valores más destacados por gran parte de los extranjeros en la Costa Blanca. Entre los cambios que la migración ha comportado en sus vidas aparecen dos conquistas destacables: la de la calle y la de la noche. El sentimiento de vulnerabilidad experimentado en sus lugares de origen, estrechamente relacionado con el género, la salud y la edad, ha desaparecido de manera liberadora.

Como otras veces, Judith y Austin acudieron al baile organizado por el club social de la pedanía vecina del Altet, si bien en esta ocasión les acompañaban unos amigos del Reino Unido que estaban de visita. Terminaron bien entrada la noche. Mientras volvían camino al coche para ir casa, su invitada le dijo con inquieto asombro: *“You could never do this in England, walk up there on our own.”*<sup>288</sup> Se había quedado impresionada con la escena de calle, noche y personas mayores. Le llamaba la atención ver cómo las parejas españolas de personas mayores, incluso algunas con muletas, volvían por su cuenta a sus respectivas casas. Sus miedos y el sentimiento de posible amenaza que traían incorporado de Inglaterra chocaban con la tranquilidad mostrada aquí por sus iguales. Judith le explicaba que lo que veían era posible porque en España había mayor seguridad y libertad para la gente mayor: *“We feel free to go out at night, despite whatever age or infirmity.”*<sup>289</sup>

Steve considera, al igual que otros, que la inseguridad que vive la gente mayor en el Reino Unido se debe al aumento del crimen, a la inmigración y al asedio de bandas de jóvenes. Aunque a sus sesenta y seis años no se siente todavía parte del segmento de la gente mayor, tanto él como su pareja se marcharon porque querían estar lejos de esos peligros:

*“Older people feel threatened when they go out because the youngsters, especially teenagers, when they get to be seventeen and eighteen, the young men, and the girls are as bad, aren't they? If you were walking down the street and they're coming toward you, you would really be a bit worried. And really old people, I mean I don't class myself as old yet, really old people, eighty and over, they just won't go out. They'll only go out certain times of the day because they're frightened. The government now are clamping down on it and they're all having this antisocial behaviour order where they can deal with them. Whether it will work, we don't know. But that was another reason. We wanted to be away from that.”*<sup>290</sup>

---

<sup>288</sup> “Jamás podrías hacer esto en Inglaterra, andar solo, por tu cuenta”.

<sup>289</sup> “Nos sentimos libres de salir fuera por la noche, sea cual sea nuestra edad o enfermedad”.

<sup>290</sup> “La gente mayor siente miedo cuando sale porque los jóvenes, sobre todo los adolescentes, cuando llegan a los diecisiete y dieciocho años los chicos y las chicas son bastante rebeldes. Si fueras por la calle y te vinieran de frente, te preocuparías un poco. Y la gente bastante mayor, quiero decir, yo todavía no me considero tan mayor, pero la gente mayor, de unos ochenta o más, simplemente no salen. Solamente salen durante ciertas horas del día porque tienen miedo. El gobierno ahora está tomando medidas drásticas y poniendo orden para frenar este comportamiento antisocial. No sé si funcionará. Pero esa era otra de las razones. Queríamos salir de todo aquello”.

## *Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad*

Su preocupación por la seguridad y el orden le hizo enrolarse en la asociación *Neighbourhood Watch* de su vecindario en Inglaterra, de la que fue promotor y presidente. Es un modelo de colaboración entre ciudadanos y policía a través de patrullas de vigilancia que la población británica ha importado a ciudades de la Costa Blanca como Torre Vieja.<sup>291</sup> Con ella tratan de prevenir robos y asaltos a las viviendas, conscientes de que son un buen reclamo para el hampa que ve en ellos dinero y vulnerabilidad. Steve no tiene pensado implicarse con la asociación aquí. Sabe que también suceden cosas y que existe la amenaza, pero aun así cree que no es tan malo como lo que sucede en Inglaterra, donde padecen un estado de constante alerta. En la prensa local para extranjeros, la Costa Blanca es llamada, en ocasiones, como “Costa del *Crime*”. Este término es usado cuando se da noticia de robos y asaltos a jubilados europeos, sobre todo cuando se ha empleado violencia de manera indiscriminada. Estas noticias no dejan de ser un contrapunto incómodo que puede comprometerles el sueño de tranquilidad que esperaban de España.

Los lugares adquieren importancia dependiendo de las condiciones de vida que en ellos podemos desarrollar. En este sentido, las personas jubiladas hacen un retrato negativo del Reino Unido a partir de un clima que recluye en casa, que encoge los cuerpos; de una sociedad que les hace sentir desconectados e inseguros en la calle y en la noche; de una economía que no les permite el ocio y el disfrute. Un país que pone trabas para alcanzar un ideal jubilatorio lejano al estigma de la vejez y a sus imágenes de aislamiento social, pasividad y estrechez económica. España, por el contrario, es idealizado como el escenario apropiado para las personas de edad, el entorno donde desarrollar los estilos de vida relacionados con el envejecimiento exitoso, como desarrollaremos en el siguiente capítulo.

### *Tiempos: geografías del curso vital*

Al migrar se cambia de territorio, al jubilarse se cambia de estatus y de rutinas. Y es desde la suma de ambos cambios desde donde se da la comparación entre el antes y ahora, lo que remite tanto a lugares como a periodos vitales. Hemos visto cómo España es considerada como un lugar distinto, pero también lo es su tiempo vital. Es por ello que hay quienes reflexionan sobre qué parte de su actual bienestar tiene que ver con el lugar en el que se han asentado o con el momento del curso vital en el que se encuentran, ahora que como jubilados pueden disponer de tiempo. Un tiempo que durante sus vidas laborales recuerdan como escaso, veloz y solitario.

---

<sup>291</sup> En Torre Vieja se presentó como “Asociación Vecinos colaborando” en 1999. En este modelo los vecinos están en constante contacto con un policía municipal a la que comunican cualquier hecho sospechoso que observen en su zona, y del que reciben avisos sobre, por ejemplo, vehículos robados.



La mayor parte de la población entrevistada ha tenido una vida profesional dilatada y con una trayectoria laboral de movilidad amplia, en algunos casos internacional, que ha marcado la relación con los lugares y las gentes.<sup>292</sup> Esto lleva a que desde una perspectiva del ciclo vital, los periodos laboral y postlaboral se asocien a distintos lugares, que adquieren connotaciones valorativas según lo que en ellos se vivió. Y si en otros países trabajaron, en España ahora descansan, tratan de reapropiarse de sus días, de recuperar la memoria de los tiempos pasados en sus vacaciones, o de incorporarse al imaginario colectivo de la vida saludable en el Mediterráneo.

Para Josephine el recuerdo de Inglaterra es el de ella en la fábrica, trabajando durante todo el día; llegando a casa por la noche, helada hasta los huesos, todo oscuro y sin tiempo para ver nunca a nadie. Ahora está jubilada, pero sus hijos viven allí el mismo ritmo de trabajo frenético que ella tuvo, por lo cual la vida en Inglaterra le parece que sigue siendo la misma que ella vivió: de prisas, frío y aislamiento. Considera que la vida aquí es mejor, o al menos, ella se siente más feliz. Feliz por cosas sencillas, porque las cadencias temporales son otras, porque puede dejar abiertas las puertas de casa, porque desayuna, come y cena fuera en el porche; porque tiene amigos cerca, y en verano comparten barbacoas:

*“I think everybody loves Spain. It’s a much slower pace of life. People aren’t rushing about. As you get older you don’t want to be rushing around like you are in England. It’s slower. You can take your time because you have all day long. You’re not at work anymore. You can eat when you want to. You can rest when you want to. There’s no pressure. There’s no one to worry you. They’re all rush, rushing to work. You never see anybody. When they come home from work, they cook their dinners, you never see anybody. I never even knew my neighbours because they were all at work. Weekends, we’d do shopping, cooking, housework, you don’t see anybody. It was awful. And I didn’t want to live, when I retired, like that. It wasn’t what I wanted from life. I worked hard all my life and I wanted something better”.*<sup>293</sup>

Las relaciones sociales en origen se describen como precarias a la luz de las que ahora dicen merecer y disfrutar. La vida acelerada y de trabajo que ellos llevaron y que ahora otros continúan en el Reino Unido, ya no se ajusta a sus expectativas sociales, ni a sus ritmos corporales actuales.

---

<sup>292</sup> Cabría conocer datos más generales para descubrir si la movilidad en el Reino Unido por motivos laborales es la pauta general o si es más específica y los que más se movieron anteriormente, son los que ahora llevan a cabo migraciones de retiro.

<sup>293</sup> “Yo creo que todo el mundo ama España. El ritmo de vida es mucho más sosegado. La gente no va corriendo. Conforme te vas haciendo mayor quieres dejar de ir tan deprisa como en Inglaterra. Es más tranquilo. Te puedes tomar tu tiempo porque tienes todo el día por delante. Ya no estás en el trabajo. Puedes comer cuando te plazca. Puedes descansar cuando quieras. No existe presión. Nadie te presiona. Allí todo el mundo corre, corre hacia el trabajo. No ves nunca a nadie. Cuando llegan a casa del trabajo, se preparan la cena y no ven a nadie más. Nunca conocí a mis vecinos porque estaban siempre en el trabajo. Los fines de semana tocaba hacer la compra, cocinar, las tareas de casa, y no quedas con nadie. Era horrible. Y no quería seguir viviendo así cuando me jubilara. No era lo que buscaba en la vida. Trabajé muy duro durante toda mi vida y quería algo mejor.”

*Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad*

Para James tener vida social aquí es mucho más sencillo. Sobre todo porque cuando él y su pareja estaban en Inglaterra, sus irregulares jornadas e itinerarios laborales no les permitían comprometerse con ninguna actividad e iniciativa en la pequeña localidad en la que vivían. En España buscaban una vida más relajada. James dice haberla encontrado, aunque no sabe cómo describirla: *“It’s a more laid back way of life. I don’t know why, it’s difficult to describe but it just feels totally different to us, very different”*.<sup>294</sup> No sólo se sienten lejos de la vida estresada del mundo laboral sino de las presiones materiales. Según afirmaba James, en Inglaterra todo el mundo quiere conducir un *BMW* o un *Mercedes*, y se trabaja a toda mecha para conducir un coche de esos, mientras que aquí, cree que no importa qué coche conduces.

Hay para quienes, como Henk, el movimiento a España adquiere la dimensión de cambio de paradigma vital. “Muy estresada” es la expresión con la que definía su vida anterior dedicada exclusivamente al trabajo. Por la mañana daba clases en el instituto, por las tardes preparaba en casa las del día siguiente y corregía los exámenes, los fines de semana los dedicaba también a sus tareas docentes. Así año tras año. Se sentía cansado y su futuro estaba atravesado por el eje materialista de conseguir más y más. Ahora, como jubilado, disfruta de un tiempo libre que emplea en deleitarse en pequeños placeres como leer un libro, navegar por internet o fumarse un cigarro en la terraza, lapsos que no podía permitirse en Holanda.

La conquista del tiempo es un logro del que Sally se sentía orgullosa. Si bien su vida de jubilada le permitía disponer de más tiempo, descubrió que como parte del equipaje de mano también se había traído consigo el estrés y las prisas propias de Inglaterra. Lo supo cuando se dio cuenta de lo mucho que le impacientaba el discurrir del orden social español, a su juicio, demasiado tranquilo. Ahora dice que ya ha conseguido desembarazarse del estrés, y tanto ella como su marido han adoptado lo que llama *“spanish attitude”*.<sup>295</sup> No le importan las colas, incluso valora que aquí se pueda conversar con la cajera aun a pesar de que haya gente esperando. Ya no exige tampoco la puntualidad británica que algunos tanto echan en falta en España. No le importa que cuando le atienden españoles le emplacen para un “mañana” que no significa literalmente mañana, pues en su estrenado estoicismo, ya no les importa esperar.

---

<sup>294</sup> “Es una vida mucho más sosegada. No se el porqué, es difícil de describir pero es totalmente diferente, muy diferente”.

<sup>295</sup> “Actitud española”.

*Memorias: “Lost back home”<sup>296</sup> o un presente lleno de pasado*

Las prisas, la vida de trabajo y la falta de conexión con la gente son habitualmente ubicadas en el Reino Unido, pero los jubilados extranjeros saben que no sólo es cuestión de su país sino de los tiempos que corren. Por ello España es observada como un reducto de tradición donde todavía se puede esquivar la tónica contemporánea que rige en el norte. Una tradición que ellos refuerzan al retroalimentar su existencia con el tipo de ocio, excursiones y de vida que llevan en los lugares de destino. Un país que valoran por su avance pero que en la actualidad ven como intentando hacer equilibrios para no perder la tradición y las costumbres frente a una modernidad implacable. Este híbrido de tradición y modernidad es el que hace atractiva a España como destino de retiro, en tanto que combinación idónea entre autenticidad y fiabilidad. Unos valores que, como ya vimos, son mercantilizados en la venta inmobiliaria, que tanto destaca las modernas infraestructuras o la calidad de la oferta sanitaria, como la vida bucólica del pueblo en cuestión.

España no es vista únicamente como un destino vacacional, sino como un lugar evocador para la nostalgia desde donde se puede recordar cómo era el Reino Unido (O'Reilly, 2000:115). De hecho, era frecuente que algunas experiencias vistas y vividas por los británicos en España les evocasen tiempos pasados en el Reino Unido, costumbres que ellos pudieron vivir en su infancia pero que ahora se han perdido. España se convierte así en un conservatorio del tiempo perdido en sus países, cuando la familia se reunía los domingos y se juntaban varias generaciones, cuando la proximidad geográfica entre familiares era habitual, cuando las puertas de las casas se dejaban abiertas, cuando las tertulias de sobremesa se alargaban horas y se acababa cantando, o cuando los vecinos se conocían por sus nombres. Un determinado modelo de familia y sociabilidad basada en la proximidad, las relaciones estrechas y el cuidado, unas relaciones familiares que en el Reino Unido ya no son posibles. En estas narrativas podemos identificar el conocido como “mito de la época dorada” o de la “nostalgia occidental”, dado que diversos autores señalan que ese tipo de familia no ha sido nunca común en la sociedad inglesa. Este mito está más relacionado con una utopía ideológica más que con una experiencia familiar real, ya que en la sociedad inglesa el individualismo ha tenido mayor peso (Finch, 1989:58).

Desde una visión romántica e idealizada, España es narrada como un presente capaz de engendrar un pasado perdido en el norte europeo. Un espejo de convenciones que actualizan el pasado, que producen la sensación de que las cosas están sucediendo todavía y que se puede, si no vivirlas, ser su espectador. Ronald ha

---

<sup>296</sup> “Perdido en casa” (lo que se perdió allí, en el lugar de origen).

## Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad

reparado en cómo los visitantes ingleses se afanan en hacer fotos cuando vienen a España porque todo les sorprende, porque todo les hace recordar. Cree que haciéndolas pretenden aprehender aquello que perdieron “*lost back home*”. Aunque quizás más que fotografiar un recuerdo estén fotografiando su añoranza. Porque la percepción del tiempo es inseparable de los acontecimientos que lo jalonan, y la densidad de la memoria es, a menudo, tan grande como la del presente (Mainer, 2000:173-174).

Con la migración de retiro hacia España se busca, y en algunos casos se encuentra, una mejor calidad de vida. El clima, la salud, el estilo de vida o el coste de vida motivan los desplazamientos y sintetizan los aspectos positivos de su nuevo entorno. Pero lejos de ser elementos aislados y unívocos, son la suma de experiencias espaciotemporales que nos remiten a distintos entornos, ritmos y tiempos. Son cronotopos de contraste a través de los cuales podemos desgranar los sentidos que otorgan a lo climático, lo social y lo material como piezas fundamentales del bienestar al que aspiran.

En sus discursos se puede observar un modelo de idilio pragmático hacia España, donde lo aspiracional y lo simbólico se entreteje con la ecuación del beneficio económico. España es contada como un espacio vivible para su edad, su salud y sus posibilidades económicas. En contraposición, la vida anterior en origen es expresada desde la negatividad y el desencanto, sobre todo por parte de los residentes permanentes. Un discurso que O’Reilly tildó como el de la “*bad Britain*” y que tiene mucho que ver con la poca información que tienen sobre lo que acontece en España, con las barreras lingüísticas, y con su orientación informativa hacia el origen (O’Reilly, 2000:98-99).

### 7.3. Itinerarios migratorios, itinerarios de salud

De los datos anteriores se puede inferir que la migración de retiro hacia la Costa Blanca se utiliza como mecanismo para restablecer un equilibrio con el medio. Una lectura que se sostiene en el modelo de concepción ambiental de la salud por el cual determinados entornos se identifican como más beneficiosos para la salud, y se “utilizan” no sólo con un fin curativo sino preventivo.<sup>297</sup> Accediendo a ellos se busca una nueva ubicación y la transformación de uno mismo, una suerte de simbiosis con el

---

<sup>297</sup> Esta mirada es deudora de la perspectiva ecológica en la antropología, que entiende la cultura como un ajuste del ser humano al medio ambiente y que en su aplicación a la concepción de la salud, ésta es vista como el resultado de una adaptación exitosa a los desafíos del entorno, mientras que la enfermedad sería el resultado de un fracaso en la adaptación (McElroy y Townsend, 1998; en Hardon et al. 2001:21). Las “topografías” o “monografías”, siguiendo los estudios de comunidad antropológicos, evidenciaban la influencia del entorno ambiental y social en el pronóstico de las enfermedades (Comelles y Martínez, 1993:18-19).

entorno por la cual sus atributos positivos puedan ser in-corporados en forma de salud y longevidad. Esta perspectiva es una de las posibles pero no la única. La salud es una categoría poliédrica, relativa y relacional. El sentido de lo saludable se conforma como una amalgama de dimensiones atravesada por lo somático, lo subjetivo, lo sociocultural.

El estado de completo bienestar físico, mental y social que define la OMS nos recuerda que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad o invalidez. Esta definición resulta poco operativa (Martínez, 2007), pero es la imperante en aquellos contextos en los que la vida no está amenazada de muerte, y en aquellas personas en las que su integridad no corre peligro. El bienestar es cada vez más un reclamo de consumo en las sociedades occidentales, donde la creciente responsabilización individual sobre la propia salud se ha convertido en una obligación.<sup>298</sup> Un mandato de salud que en las personas mayores todavía adquiere una mayor relevancia al reconocerse a sí mismas en un proceso irreversible en el que menguan las facultades, y en un escenario de presión social en el que se les apela para no ser una carga, ni familiar ni social. Es en este contexto plural en el que la afirmación de la salud como razón para migrar a España de retiro cobra un sentido más complejo.

Las motivaciones que pueden llevar a las personas jubiladas a utilizar la movilidad hacia España para mejorar su salud nos permiten relativizar el mismo concepto de salud. Migrar por salud puede ser la suma de muchas casuísticas que no vienen necesariamente precedidas por una enfermedad que en España busca su remedio. La concepción saludable de la vida en España se compone de la misma pluralidad de elementos que definen la noción integral de la salud. Desde esta óptica, la migración de retiro a España puede ser interpretada como una estrategia de autoatención en la que se plantea un uso de recursos temporales y materiales para acceder a un contexto determinado en donde el bienestar y la salud se perciben como más asequibles y accesibles. Podemos considerarla como una estrategia en referencia a “los ejes de acción que no responden a un cálculo de objetivos predeterminado, sino que se orientan a partir de regularidades y configuraciones coherentes y socialmente inteligibles para los agentes sociales” (Fernández-Rufete, 2000:277).<sup>299</sup> La podemos considerar como práctica de autoatención en la medida en la que se utiliza para

---

<sup>298</sup> Este fenómeno ha recibido el nombre de “*healthism*”, desde el que se asumiría la idea de que todo el mundo debe trabajar y vivir para maximizar su salud” (Petersen and Lupton, 1996:179 en Uribe, 2007:64).

<sup>299</sup> Enrique Gil Calvo y Luis Joaquín Garrido Medina (1997: 13-36), entienden el concepto de estrategia como “toda selección de cursos alternativos de acción —recursos tácticos— por su virtualidad para producir resultados futuros —objetivos estratégicos— en situación de incertidumbre”. Más concretamente, para que un comportamiento pueda ser calificado de estratégico se tienen que cumplir los siguientes requisitos: 1) que exista una amplia gama de opciones de elección; 2) que se tengan objetivos a medio-largo plazo previamente definidos, independientemente de cuál fuera el criterio de su definición, y 3) que exista un entorno de incertidumbre.

*Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad*

diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a la salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2005:54).

La mayor parte de los entrevistados valoraron positivamente su estado de salud. Pero también es cierto que reconocerse desde la enfermedad o la debilidad no es fácil. Steve y Mary eran un buen ejemplo de esta resistencia. Ambos tenían versiones distintas sobre las razones de su traslado a España, porque ninguno quería ser visto como débil. Él, en ausencia de ella, me contaba que su migración fue debida a los problemas de salud de su pareja. Como Mary sufría artritis, decidieron probar unas vacaciones en España a ver cómo le sentaba. Efectivamente se sintió mejor y, por ello, en lugar de alquilar, decidieron quedarse permanentemente en España. Por otro lado, en ausencia de él, ella me explicaba que se vinieron por la paulatina incapacidad de Steve para mantener sus rutinas de bricolaje a causa de la edad. La casa en la que vivían en el Reino Unido tenía un gran jardín y mucho por mantener. Miraron una casa por los alrededores pero eran muy caras y no les cundía el dinero, de modo que vinieron a España.

Para quienes no se sentían enfermos cuando llegaron a España, el efecto saludable del cambio se ha evidenciado en que no han necesitado acudir al médico o, si han ido, ha sido por cosas sin importancia. Ahora bien, en ambos casos su bienestar no es sólo el resultado del entorno, sino que la voluntad de mantener un fondo de salud (Pierret, 1994; en Uribe, 2007) ha guiado sus rutinas y hábitos. Una cosmovisión de la salud articulada desde la idea del equilibrio, la continuidad y la capacidad de disfrutar, como veremos a continuación.

Marion y James no vinieron por motivos de salud, de hecho no consideran que su salud dependa de su residencia en un país o en otro. No obstante, sí habían leído que el estilo de vida de España es más saludable gracias a la alimentación, el aire y el clima; por lo que de algún modo piensan que estos factores están influyendo en su bienestar actual. Prueba de ello es que apenas se han puesto enfermos desde que están viviendo en la Costa Blanca y no se han visto limitados para llevar a cabo las actividades diarias. Para Marion la salud es básicamente independencia y capacidad para disfrutar el momento. Considera que debido a su formación en enfermería, ya está concienciada sobre la necesidad de llevar una dieta saludable y de mantenerse en forma. Por ello, no sólo se preocupa por su salud sino que se ocupa de ella yendo a nadar dos veces a la semana, caminando frecuentemente, respirando aire fresco, no fumando, y tratando de ser comedida con la comida y la bebida. Un régimen de vida que comparte con su pareja.

Elizabeth también cuida de su salud, se siente afortunada por no necesitar médicos ni medicinas. Utiliza recursos alternativos como la vitamina C, aloe vera y omega3 para compensar su hábito al tabaco y evitar químicos en su cuerpo, en referencia a los medicamentos. Aunque se nota más cansada que antes, la buena salud define su momento actual. También se siente bien mentalmente, la prueba es que cuando se acuesta a dormir, concilia el sueño enseguida. En la valoración positiva de su salud, Elizabeth destaca el componente anímico de la salud pero también la capacidad funcional para hacer cosas. *“I can do everything”*<sup>300</sup> es la síntesis de la prosperidad de salud. Y si bien se reconoce menos fuerte físicamente que lo que estaba cuando era más joven, se siente fuerte mentalmente.

Lisa se congratula de su buena salud y de que no necesite ir al médico. Cada vez que lo dice “toca madera” porque no le cabe la menor duda, a sus sesenta y siete años, de que conforme vaya envejeciendo lo necesitará, aunque de inmediato aleja ese futuro concluyendo que afortunadamente, por ahora, no es el caso. Mientras tanto, vivir en España funciona para ella como una terapia preventiva. Los seis meses del invierno que pasa en España le cargan de energía para los siguientes seis meses que pasa en Gales: *“It builds you up it gives you something, which lasts you through the summer and then the next winter instead of going down hill, which you can if you’re in a cold, wet climate, we just don’t do that, because we can build up again”*.<sup>301</sup>

Cuando regresan a Gales, ella y Paul intentan mantener los mismos hábitos alimentarios que en España. Las ensaladas y el vino forman parte su comida diaria, se llevan consigo sesenta litros de vino para que les dure toda la estancia. Paul dice no conocer nadie más en Inglaterra que coma como ellos a base de ensaladas y vino, pero me recuerda que hace veinte años beber vino era una costumbre de las clases altas inglesas. El pescado, las verduras y la fruta también forman parte de su nueva forma de alimentarse con la que han conseguido despertar el que llaman *“healthy appetite”*<sup>302</sup>, una dieta que comporta su renuncia al *bacon* y a la cerveza. Sus hábitos alimentarios se han cargado de distinción y emulación de unos estilos de vida que contrastan con los identificados en origen y con los de aquellos compatriotas migrados que no han cambiado sus costumbres. Las grasas, los fritos, la cerveza y el enclaustramiento en los *pub* pasan a leerse en las antípodas de la vida sana. Para Paul no hay duda de que España es más saludable que el Reino Unido. La prueba que lo demuestra, dice, es el hecho de que en el Reino Unido mucha gente de su edad muere en invierno, mientras

---

<sup>300</sup> “Puedo hacer todo”.

<sup>301</sup> “Te fortalece, te da algo que te dura todo el verano, y el siguiente invierno en vez de ir cuesta abajo, lo cual es habitual si estás en un clima frío y lluvioso, sigues con los ánimos elevados”.

<sup>302</sup> “Apetito saludable”.

## Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad

que en España no sucede así. Esa es la diferencia, señala con contundencia.

Los inviernos superados y la menor cantidad de resfriados se convierten una medida de los efectos en la salud que ha tenido su cambio de residencia a España, porque conforme se avanza en años, mantener la salud adquiere mayor centralidad en los deseos y en las rutinas. Cooper, en el inicio de su séptima década de vida, cree que la salud es lo más importante: *“I think, to all of us really, health is the most important thing. You can have all the money in the world but if you haven’t got health you’ve got nothing.”*<sup>303</sup> Estas estimaciones son más frecuentes según se van pasando años y dolencias, sobre todo cuando la buena salud deja de percibirse como algo dado. La salud está atravesada por la edad y su valoración es dependiente de las expectativas para cada grupo de edad. Recíprocamente la edad cronológica, sentida y asignada, viene mediada por el estado de salud. En la vejez, tanto la enfermedad te puede hacer sentir viejo, como la salud atribuirte juventud. Es una creencia compartida que conforme envejecemos, los problemas de salud aparecen. Sin embargo, esto no siempre les lleva a considerarse enfermos ni viejos, sino que tratan de ir adaptándose a la nueva situación, de actualizar expectativas y de mantener una identidad estable, resistiendo los distintos episodios y envites del cuerpo.

Los inmigrantes de retiro que dicen migrar por salud no necesariamente vienen enfermos, aunque cuenten que en origen padecían de individualismo, inseguridad y estrés. Manifiestan mejoras en su estado de salud desde que están en España, pero su bienestar no sólo lo confían al nuevo contexto sino al aprovechamiento que hacen de sus oportunidades para desarrollar estilos de vida saludables y un modelo de envejecimiento activo. En esta población se observa cómo la salud no sólo se tiene, sino que se ha de procurar, es un capital a preservar y el producto de nuestra conducta (Pierret, 1994 en Uribe, 2007).

### *Migración, enfermedad y otros avatares*

Hay quienes migraron con algún problema de salud, aunque esto no influyó en su decisión de venir a España. Sin embargo, para otras personas la migración de retiro constituye una estrategia de salud más específica. Con ella pretenden mejorar el curso de una enfermedad crónica o la calidad de vida en un entorno más propicio. Suele tratarse de personas aquejadas de artritis, reuma, problemas respiratorios y cardíacos (King et al. 2000). En otros casos, la elección de España se ha supeditado a la búsqueda de entornos planos que permitan a quienes tienen problemas de movilidad, poder desenvolverse mejor lejos de la irregular orografía inglesa. Y mientras que en

---

<sup>303</sup> “Creo que realmente para todos nosotros, la salud es lo más importante. Aunque tengas todo el dinero del mundo, si no tienes salud, no tienes nada”:



unas ocasiones se trata de una iniciativa propia orientada por el saber popular sobre los efectos en la salud que tienen determinados climas, en otras forma parte de las recomendaciones médicas.

En cualquier caso, la eficacia terapéutica de la Costa Blanca reside en la mejoría del curso de su malestar. En algunos relatos como el de Madeleine, esta mejoría incluso adquiere tintes milagrosos.<sup>304</sup> Cuando llegó a España lo hizo en silla de ruedas, aquejada de una artritis que le afectaba especialmente sus rodillas. El sol y sus habituales caminatas por el paseo marítimo fueron logrando que “asombrosamente” recuperara el movimiento. En su buena ventura, el calor le ha quitado gran parte del dolor y no tiene las limitaciones de antes.

Henk le da a la salud el mayor porcentaje de sus motivos para migrar, un 80%. Conocía España bastante bien. Le gustaba el clima, la gente y la comida, pero su elección estaba más relacionada con la salud. Y es que en su haber tiene unos cuántos malestares, tantos como explicaciones da de que aquí puede sobrellevarlos mejor. Un médico le recomendó que marchara a un clima con más calor: “¡Hombre, coge tu maleta y vete! a Italia, Turquía o España o a un país del Mediterráneo”. De modo que cuando pudo jubilarse, se mudó a la Costa Blanca de manera permanente.

Llegó a España con espondilitis, enfermedad que él califica de holandesa por su alta tasa de incidencia en ese país. En el tiempo que lleva en Alicante, a su espondilitis se han sumado cinco bypasses y una operación de cadera. Aun así, siente que su salud ha mejorado desde que vive en Alicante pues tiene menos dolor, toma menos pastillas, y se mueve más cómodamente. En Holanda su cuerpo estaba siempre rígido. Su historial médico y sus problemas recientes con la cadera no le permiten llevar una vida muy activa, lo que hace que valore su estado de salud como regular. De todos modos, procura tomarse las cosas con tranquilidad y seguir disfrutando. Aceptar sus limitaciones le hace sentir bien, sobre todo cuando repara en las operaciones por las que ha pasado y en las que, como afirma, podría “haberse quedado”. Sentirse como un superviviente hace que valore más los años que van pasando, le lleva a poner el acento, más en lo que su estado de salud le permite, que en lo que le limita. Hace descansar su bienestar en su felicidad, y su felicidad en la estabilidad y seguridad de lo que tiene:

“Tú puedes estar bien con dolor o como yo con un problema de mi cadera. Pero cuando estás feliz, estás bien. Esto es calidad de vida. Feliz de saber que tengo mis amigos, que tengo la suerte de vivir aquí, tengo posibilidades, no tengo problemas económicamente, tengo mi casa propia, tengo mi coche, tengo mi perro... esto me hace feliz.”

---

<sup>304</sup> Schriewer y Rodes (2006) también han constatado en su trabajo las retóricas milagrosas sobre los efectos saludables de vivir en España.

## Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad

Una felicidad que completa con alguna que otra autoindulgencia que se concede como fumar un cigarrillo en la terraza tras el desayuno, su mejor momento del día.

Oda tiene problemas de asma y de corazón, por eso previa recomendación de su médico, decidió mudarse estacionalmente a un lugar más cálido. Noruega para ella es una nevera donde su corazón se para. Insiste en la literalidad de sus palabras. Por contraste, aquí no sólo se siente más saludable, sino “viva”. Es por ello que, cuando sea unos diez años más mayor le gustaría trasladarse definitivamente a España. No le preocupa que los recursos del sistema de bienestar sean menores que en su país de origen, tienen sus razones de peso: aquí puede respirar y siente menos dolor.

Que España les hace sentirse más saludables, es un discurso bastante generalizado. Las historias de cambios y mejoras del estado de salud se mantienen como muestras del éxito de la apuesta migratoria. Esta identificación lleva a que, en ocasiones, la sublimación impregne sus relatos, o a que se oculte la mala salud o la no mejoría. Hay quienes han querido conocer si esa salud, frecuentemente relatada en los discursos de la migración de retiro, podía ser probada. King et al. (2000:165-198) juzgan que se hace difícil valorar si el movimiento a un clima más cálido realmente influye positivamente en los índices de salud. No obstante, desde la comparación de las tasas y causas de mortalidad en personas mayores entre el Reino Unido y los principales países europeos de retiro, concluyen en que no hay ninguna evidencia epidemiológica que pruebe que el sur de Europa sea más saludable. Sin embargo, el estudio comparativo realizado por Daniel La Parra y Miguel Ángel Mateo (2008)<sup>305</sup> lleva a otras conclusiones. Los inmigrantes de retiro tienen mejores indicadores que los británicos en origen y los españoles: tienen menores problemas de movilidad, afirman mejor percepción de su salud,<sup>306</sup> y su número de visitas al médico es bastante similar. Unos hallazgos que, según afirman los autores, son consistentes con la llamada “*healthy migrant hypothesis*”.<sup>307</sup> Aun así, también advierten de que la migración les puede exponer a factores de riesgo para la salud como el aislamiento, problemas de depresión, ansiedad y adicciones; estilos de vida no saludables, problemas económicos o barreras administrativas que reducen el acceso a la atención. Asimismo dan datos

---

<sup>305</sup> Este estudio hace una valoración comparativa del estado de salud y el acceso a la atención sanitaria por parte de británicos que viven en la Costa Blanca más de tres meses al año, con respecto a españoles y británicos en origen de misma edad y sexo.

<sup>306</sup> Los resultados sobre la buena percepción de la salud son consonantes con los obtenidos de la encuesta de la UCAM&Universidad de Hamburgo. Según los datos explotados, los británicos mayores de 51 años, el 40% afirmaba tener buena salud; el 25% muy buena salud; el 22% moderada; y el 3% mala.

<sup>307</sup> Conocida también como “*healthy migrant effect*” o “el inmigrante sano”. Con ella se explica que los inmigrantes al llegar al país de destino se caracterizan por un buen estado de salud, incluso mejor que la población autóctona. Aunque esta teoría también afirma que, pasado un periodo de diez años, esos resultados declinan y se equiparan con los de la población autóctona debido a la adquisición de hábitos de salud menos saludables, a factores estructurales de acceso y a otros determinantes de salud (Newbold, 2005).

sobre el incremento de la ingesta de alcohol y tabaco en los que residen en España. Aunque lo que no han indagado y desconocemos es si la migración de retiro tiene algún efecto en la disminución de estos hábitos y en la asunción de nuevos estilos de vida más saludables.

La salud es un estado subjetivo y cambiante, parte de un *continuum* entre salud-enfermedad. El surgimiento de crisis puede modificar las proyecciones personales en España y obligar a decisiones no previstas. Cuando la enfermedad aparece o empeora, lleva a reinterpretar la enfermedad y el mismo proyecto migratorio. Un proyecto no entendido en términos de un itinerario pautado y lógico sino como una orientación aspiracional, en términos de desiderata. Por ello, la enfermedad (re)surgida puede ser vivida como una interferencia para los proyectos trazados en el nuevo escenario vital, aunque también puede ser un acicate para sobrevenir a la enfermedad.

Conozco a Doris en la sala de oncología. Está sentada al lado de la cama, y junto a ella, su marido con la camisa un poco abierta por el calor. Ha ingresado hace poco. Comparte la habitación con una paciente española y en la cama tiene varias revistas en inglés. Hoy es el primer día que le ponen quimioterapia y parece que no ha ido tan mal, está más animada ella que su hija y su marido. Saber que tenía cáncer fue un verdadero golpe cuando apenas estaban descorchando su nueva vida en España. Está contenta con la atención recibida, sólo se lamenta de que no le puedan coger bien la vena mientras me muestra sus brazos con las huellas de los pinchazos. A la expectativa de conocer los resultados, su mayor preocupación es saber si tiene metástasis. Hace sólo tres meses que Doris vino desde Escocia con su marido para vivir en Algorfa, un pequeño pueblo del interior. Buscaban tranquilidad, pero un aliciente para venir a Alicante es que su hija vive en Sondosal, donde trabaja en una inmobiliaria. Los otros dos hijos residen en Bristol y en el Caribe respectivamente.

El siguiente día que fui a verla, justo coincide con el día en que le comunican que tenía metástasis. Aun así, sigue positiva. Me quedo a conversar con ella y le cuento de mi infructuosa búsqueda de piso en Sheffield para mi estancia de investigación, a lo que contesta que tanto ella como yo vamos a tener suerte. No tiene intención de volver al Reino Unido donde, según afirma, ya no tiene nada excepto la familia, pero considera que ellos tienen sus propias familias y no la necesitan. Se siente fuerte, pero está preocupada por su marido. Solo quiere volver a casa, ver a su *baby dog* y continuar con sus proyectos de futuro. Me cuenta emocionada la cantidad de cosas que tiene en mente para cuando salga. Entre ellas, el serio propósito de dejar de fumar.

En el caso de Ralph, el camino era el inverso, le tocaba renunciar a los proyectos consolidados. Ya hace unos cinco años que tras jubilarse se instaló en Torrevieja porque quería aprovechar que su renombrado microclima mejorara su

## Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad

artritis reumatoide. Y así fue. Colaboraba desde hacía tres años como articulista del *Costa Blanca News*, tribuna donde comunicó que había llegado su último artículo, el de la despedida. Manifestaba a sus lectores que su luna de miel, en términos de salud, había llegado a su fin: “*the arthritis has kicked in again with a vengeance*”.<sup>308</sup> La tregua había cesado y la enfermedad volvía a absorber sus energías.

Otros proyectos frustrados tienen que ver con las dificultades que surgen para la vida diaria cuando las adicciones hacen presencia. El alcohol forma parte de la cultura británica y de otras; significa vida social y una de las vías para dejar que las emociones contenidas, consideradas propias del carácter inglés, fluyan. Pero aquí el alcohol es más barato y, por lo tanto, más accesible. También disponen de más tiempo, y si no saben que hacer con él o la soledad les acompaña, se entretienen con el alcohol. O al menos eso es lo que piensan los británicos que observan con recelo a los compatriotas que pasan horas y horas en los *pubs* de la Costa Blanca. Les molesta también que a menudo se les asocie con el alto consumo de alcohol. De hecho creen que los españoles también pasan mucho tiempo en los bares. Pero reconocen que los problemas con el alcohol se dan, y que hay parejas que incluso han tomado la decisión de marcharse por la escalada en el consumo y por las borracheras habituales de uno de los miembros de la pareja. “Alcohólicos Anónimos” tiene su rama anglófona en varios puntos de la Costa Blanca para atender estas situaciones y ofrecer apoyo.

Tenemos los discursos del idilio, pero nos faltaría conocer más experiencias del fracaso y del retorno, unos relatos con los que no contamos en este trabajo porque ya se han marchado. Tampoco es fácil airear fracasos entre los que todavía permanecen, ni con una antropóloga ni con los todavía satisfechos vecinos; o al menos los propios, los que refieren a la soledad, el alcohol o, simplemente, el aburrimiento. Supe de algunos retornos a hurtadillas y de las distintas versiones de los mismos, tanto las manifestadas como las rumoreadas. Otros regresos tuvieron que ser gestionados por terceros, porque puede que para muchos sea asequible venir a España, pero pasados los años y cuando se ha vendido todo lo que se tenía en origen, volver no es tan fácil.

### *Los cuidados desplazados*

La casuística de la inmigración a España buscando atención y cuidados es menos frecuente. Cuando se da, suelen concurrir circunstancias del tipo de la persona mayor que se desplaza para tener más cerca el apoyo de sus hijos que han migrado con anterioridad. Por el contrario, es más habitual que la enfermedad y la necesidad de cuidados desencadenen un retorno a los países de origen en busca de una atención

---

<sup>308</sup> “La artritis se ha vengado y ha vuelto a golpear”.

formal de la que en España no pueden disponer, debido a poseer un estándar de recursos más limitado que en otros países del norte de Europa. Sin embargo, como ya vimos en el capítulo cuatro, a escala colectiva y con carácter formal sí se puede constatar una creciente exportación y transnacionalización de los cuidados; un flujo propio de la lógica globalizadora que moviliza personas y capital. En este caso no sólo se mueve mano de obra sino clientes, y no sólo se mercantilizan los bienes materiales sino también los inmateriales como el clima.

Al igual que se han desplazado costes de producción a países con mano de obra y materias primas más baratas, los cuidados proporcionados por los Estados se están deslocalizando de los países en donde se origina la necesidad y en donde se formula su demanda. No hablamos en este caso de la globalización de los cuidados por la cual las personas provenientes de otros países entran en el mercado informal de los cuidados.<sup>309</sup> En este caso, son las mismas personas que requieren cuidados las que se desplazan a España de la mano de sus respectivos Estados.

Lo veíamos en el relato del médico y la trabajadora social de la residencia de Santa Pola, y así lo refleja la prensa: “A los Ayuntamientos les es más rentable mantener los centros aquí que en Noruega”.<sup>310</sup> Según esta noticia los ayuntamientos noruegos compran terrenos para hacer residencias geriátricas en la Costa Blanca. Les resultan más económicos en España que en Noruega, además de contar con el aliciente del clima. En estas residencias que forman parte del sistema público de salud noruego, la mayoría de los servicios médicos corren a cargo del Estado, y el paciente sólo paga un 10% del costo. En ocasiones, el viaje también lo cubre la seguridad social. Las personas mayores o aquejadas por una enfermedad pueden elegir entre ingresar en un centro en su país o desplazarse a Alicante. La concentración de establecimientos para la tercera edad específicos para noruegos se localiza principalmente en la Marina Baixa, y aglutina más de medio millar de plazas. Algunos centros privados se han especializado en enfermos con una patología concreta, mientras que otros están destinados a personas mayores en general.<sup>311</sup>

---

<sup>309</sup> Para profundizar más sobre el tema véase Amaia Pérez Orozco (2006, 2009) y Precarias a la Deriva (2004).

<sup>310</sup> *El País*, 10/09/07.

<sup>311</sup> En Altea existe un centro asistencial noruego que acoge a enfermos con esclerosis múltiple. Pertenece al consistorio de Baerum, una ciudad de tamaño medio próxima a Oslo. Las 38 plazas de las que dispone son para los ciudadanos de esta población, y su coste es el mismo que allí. La residencia se inauguró en 2002, tras comprobar el éxito de otra residencia subvencionada por el municipio de Bergen en la población vecina de L'Alfàs del Pi. Pero el centro pionero fue la Hacienda del Sol, residencia privada inaugurada en 1972 en La Vila Joiosa con capacidad para 150 personas. En este establecimiento se atiende a personas con discapacidad psíquica y física de todo el mundo.

## *Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad*

Como fenómeno en auge, los ayuntamientos noruegos siguen buscando parcelas para construir residenciales y geriátricos en la costa de Alicante. La rentabilidad económica de España en términos de suelo, sueldos y coste de vida resulta beneficiosa a los gobiernos escandinavos, principales agentes del mercado de servicios residenciales relocalizados en la Costa Blanca.

### **7.4. Atención formal a la salud**

Como ya hemos visto, la utilización de servicios públicos de salud por parte de los inmigrantes noreuropeos es uno de los núcleos de la controversia social, en tanto que remite directamente a cuestiones relacionadas con el turismo sanitario. El impacto económico y social de éste no es una cuestión baladí, pero no hay que olvidar que la relación de la inmigración de retiro con los sistemas de salud es mucho más plural y compleja, aunque es indudable que la calidad de los servicios sanitarios es un criterio de máxima importancia para localizar aquí su residencia, especialmente si hay un cierto descontento con el país de origen como suele suceder con el Reino Unido. Ya abordada la perspectiva autóctona en los capítulos cuatro y cinco, ahora vamos a tratar de comprender qué lógicas guían la utilización de los servicios sanitarios, cuáles son sus experiencias y las circunstancias de sus usos por parte de los noreuropeos.

Los jubilados de la Unión Europea tienen derecho a disfrutar de atención sanitaria pública en los mismos términos que la población española siempre que tengan cobertura en su país de origen y realicen los trámites pertinentes para obtener la tarjeta SIP, que es la que da derecho a la atención en la Comunidad Valenciana.<sup>312</sup> Es un derecho derivado de su ciudadanía europea, pero ni todos, ni siempre, hacen uso de él. Algunos únicamente utilizan la sanidad pública de un país, otros hacen uso de los servicios tanto en origen como en destino; en unos casos combinan los recursos públicos junto con servicios privados, y en otros utilizan exclusivamente uno de estos sectores. Una variedad de situaciones que hay que tener en cuenta para valorar cuál es el impacto sobre el sistema sanitario público y privado español.<sup>313</sup>

Las decisiones sobre dónde, cómo y cuándo recibir atención van a ser fruto de un balance entre factores personales, sociales, políticos e institucionales cuyo margen se establece entre lo nacional y lo local, así como entre lo público y lo privado. Desde

---

<sup>312</sup> Otro caso es el de las personas prejubiladas y quienes no disponían de cobertura pública en origen, que no pueden formalizar su tarjeta SIP hasta reunir las condiciones.

<sup>313</sup> Según el citado estudio de La Parra y Mateo (2008) las personas mayores británicas residentes más de tres meses en la Costa Blanca realizan igual número de visitas y un mayor uso de la privada, comparado con británicos en origen y los españoles de su misma edad. Un 67% de los británicos únicamente utiliza un sistema de salud, el británico en un 27%, o el español en un 73%. El 17% hacen un uso mixto del sistema público y los servicios privados. Por último un 12% utiliza sólo los dispositivos privados. De estos datos se deriva que el Servicio Valenciano de Salud provee servicios a un 62% del total de los británicos residentes en la Costa Blanca.

estos escenarios y según su situación administrativa, su capacidad económica, sus habilidades lingüísticas y sus preferencias culturales, van a tratar de optimizar el acceso a los servicios sanitarios.

Normalmente, los números que se disponen y se utilizan para valorar la presencia inmigrante en los servicios de salud nos informan sobre quiénes van, pero no nos indican quiénes no acuden, cuándo no lo hacen y por qué razones. En el caso de los noreuropeos mayores, la barrera lingüística por un lado, y la identificación de las visitas al médico como signo de los achaques de la edad por otro, lleva a que algunos jubilados extranjeros espacien más las visitas al médico. De hecho, la postergación de la búsqueda de atención formal para sus malestares provoca que, en ocasiones, agoten el tiempo de espera y necesiten recurrir a urgencias. Otro elemento a señalar que contradice las imágenes que presiden la inmigración de retiro, es cuando en verano muchos de los hospitales que cubren la costa alicantina quedan desbordados, se achaca a la presencia de extranjeros europeos. Lo que no se señala es que el incremento no es consecuencia de la presencia de los residentes jubilados sino de la llegada de turistas. De hecho, una de las pautas de movilidad de estos migrantes es escapar del calor sofocante del verano mediterráneo, y aprovechar para volver a sus países de origen o viajar.<sup>314</sup>

### *Estados, adscripciones sanitarias y vidas transnacionales*

La migración de retiro recoge unos patrones de movilidad muy variados, unos más regulares y otros más inestables, que van desde quienes pasan la mayor parte del año en España, a quienes dividen su tiempo anual de modo pendular entre el país de origen y España; sin olvidar a aquellos que llevan una vida móvil en una autocaravana que les permite hacer ruta y residencia según sople el viento.<sup>315</sup> La legislación española considera que un extranjero comunitario debe certificarse como residente en España cuando realiza estancias superiores a los tres meses al año y, dado el caso, se le exige que transfiera sus derechos de asistencia sanitaria desde su país de origen. La

---

<sup>314</sup> Antes los veranos y las olas de calor que se vienen dando en los últimos años, no sería descabellado pensar que, al igual que hacen los *sunbirds* en Estados Unidos, en Europa se pudieran gestar flujos estivales cuya dirección fuera la inversa, de sur a norte.

<sup>315</sup> Los más numerosos son alemanes y franceses. Los británicos tienen el problema de la circulación a la izquierda. En el caso de los escandinavos y holandeses, el precio de los impuestos sobre estos vehículos es enorme y suelen adquirirlos en España, de manera que se confunden con los escasos españoles, al no llevar matrículas distintas. Lo mismo sucede con los británicos para poder disponer de vehículos continentales. Todas las casas que venden autocaravanas tienen delegaciones en la Costa Blanca y en Málaga. Se estima que hay en Europa entre 70 y 100.000 autocaravanas. Desde hace más de una década su diseño interior corresponde a los intereses de los compradores más habituales: parejas de jubilados europeos que invernan en la costa española y en verano “suben a Escandinavia” a menudo a pescar. En Escandinavia las escasas matrículas españolas que pueden verse fuera de los dos itinerarios que llevan a Nordkapp (la E4 sueca y la E6 noruega) suelen ser de residentes en la costa española (Comelles, 2010, comunicación personal).

## Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad

variabilidad de estándares de prestaciones sociosanitarias que existe entre los diferentes Estados europeos hace que, según para qué nacionales, esta normativa pueda ser una ventaja por las mejoras a las que se accede en destino, una desventaja por los derechos que se pierden en origen, o una traba legal para quienes comparten su tiempo y sus vínculos materiales y afectivos en dos o más países. En consecuencia, el interés por disponer de unos beneficios sanitarios en un país, en otro, o en ambos, puede ser una de las razones que tanto influye en las pautas de movilidad como en el criterio para negociar su estatuto administrativo en España.

La valoración del sistema médico es uno de los criterios que influyen en la decisión de permanecer adscrito al sistema sanitario de origen o formalizar su registro en el español. Un proceso de decisión en el que se tienen en cuenta la cartera de servicios, beneficios y funcionamiento de los sistemas de salud de cada país, pero también las propias necesidades y expectativas personales. En el análisis comparativo de las actuaciones desarrolladas por alemanes y británicos, realizado por Schriewer y Rodes (2006), los primeros son más tendentes a evitar los trámites legales en España en función de la alta valoración de los servicios sanitarios prestados por su país de origen. En el caso de los británicos parece operar el mecanismo contrario, es decir, la buena opinión acerca de la oferta sanitaria española repercute en una mayor tendencia al registro.<sup>316</sup> Datos que también pude corroborar en mi muestra.

La mayor parte de los británicos valora positivamente la sanidad española. Hay quienes citan *rankings* entre sistemas sanitarios mundiales para mostrar que España ocupa una mejor posición que el Reino Unido, otros cuentan experiencias propias y ajenas de las diferencias en cómo habían sido atendidos aquí y allí, o reflexionan sobre la raíz de los problemas del NHS (*Nacional Health Service*).<sup>317</sup> Éste suele ser criticado por los residentes británicos, por la suciedad de sus hospitales, las largas esperas y la limitación en los recursos. Por contraste, la sanidad española es vista como más rápida y que no escatima en pruebas ni en medicinas. No obstante, hay voces más moderadas que hacen sus propias lecturas de porqué la sanidad británica se ha ido paulatinamente devaluando.<sup>318</sup> Para Marion, que fue enfermera en el NHS, la privatización y la

---

<sup>316</sup> Según los resultados obtenidos de la investigación cuantitativa señalada en el apartado metodológico, los alemanes residentes en la Región de Murcia recurren principalmente al seguro de enfermedad de su país (70%) o la contratación de un seguro de tipo privado (13%) mientras que los británicos conceden una menor importancia a los servicios públicos del Reino Unido (49%) para orientarse en mayor medida hacia la seguridad social española (29%) (Schriewer et al. 2007). El modelo alemán de seguro es un modelo Bismarck, mientras que el británico en algunos aspectos, salvo el de los general practitioners, se parece más al español

<sup>317</sup> El servicio de asistencia sanitaria en Gran Bretaña de la Seguridad Social británica (NHS/Nacional Health Service) se creó en 1948, fecha en la que se nacionalizó la asistencia sanitaria. Su financiación se realiza mayormente a partir de impuestos.

<sup>318</sup> Los problemas y conflictos relativos a los sistemas de prestación sanitaria en Gran Bretaña se han dado, principalmente, entre los proveedores de asistencia sanitaria y el gobierno. La falta de recursos financieros ha



externalización de servicios han sido las causantes de gran parte de sus problemas. Según su experiencia, los hospitales han perdido las riendas del funcionamiento de los servicios, y los trabajadores el control global del proceso de limpieza o cuidados. Pero considera que el cambio en las expectativas de la gente y su mayor exigencia también han influido en los juicios sobre la sanidad británica hacen sus compatriotas en el extranjero. Para otros, aunque suene paradójico, la inmigración que recibe el Reino Unido es la causante de la saturación y precariedad de la sanidad británica.

A pesar de que la evaluación general de la sanidad española es favorable, también se cuentan experiencias en las que las relaciones con el personal sanitario no han sido del todo satisfactorias. Las quejas tienen que ver con el escaso grado de dedicación en las consultas, la tosquedad en el trato o con la falta de respeto al dolor. Por otro lado hay que resaltar que existe un consenso bastante generalizado, tanto entre los británicos como otros nacionales, en cuanto a las deficiencias en los cuidados hospitalarios y postoperatorios, así como en la gestión de recursos para la dependencia. Unas carencias que, como veremos en el último capítulo, no constituyen precisamente una ventaja al cambio.

Gran parte de los informantes británicos de la investigación estaban inscritos en el padrón y acreditados como residentes en tanto que vivían de manera bastante estable en la Costa Blanca. Por lo cual, su adhesión al sistema sanitario español podría entenderse como una circunstancia, más o menos buscada, de tener su salud a buen recaudo, pero también como una consecuencia de la voluntad de formalización de su situación. No sin recordar los casos en los que el registro es una estrategia más directa para obtener la cobertura sanitaria plena y así acceder a un tratamiento o intervención, para después volver al país de origen (Schriewer y Rodes, 2006). Es decir, una práctica de turismo sanitario en la que se aprovecharían las ventajas de los términos legales que se establecen para los ciudadanos comunitarios.<sup>319</sup> Aunque estas últimas orientaciones no se daban en mi muestra.

---

provocado que no se pueda gastar tanto en beneficencia y servicios médicos como en otros países, y al descontento entre pacientes por las esperas para conseguir cita, los retrasos en cirugías y la falta de personal en hospitales. Esta situación se ha intentado paliar con una política de contención del gasto y con la privatización, dando mayor poder y responsabilidad en los hospitales y distritos sanitarios locales, de modo que puedan administrarse de forma independiente y financiarse ellos mismos contratando directamente sus servicios con autoridades sanitarias de distrito. No obstante, siguen con problemas, con una red de hospitales viejos y con necesidad de renovación, continúan las listas de espera, con diferentes niveles de asistencia según regiones del país, así como con el descontento del personal por los recortes presupuestarios (Ackers y Dwyer, 2002:82).

<sup>319</sup> A nivel estatal podríamos mencionar prácticas similares como el empadronamiento en determinadas Comunidades Autónomas en donde se ofrecen unas prestaciones que no se ofertan en otras, como por ejemplo, las operaciones de reasignación de sexo o la búsqueda de profesionales con experiencia en la atención de las conocidas como *enfermedades raras*, como sucede en el caso de la intersexualidad (Gregori, 2007).

*Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad*

Pero la sospecha de aprovechamiento se cierne sobre todo aquel extranjero jubilado con una dolencia seria. Ronald, lo sabe, por ello se muestra comprensivo con el hecho de que no le hayan concedido un trasplante de pulmón en la Fe de Valencia, donde le habían derivado. Cuando durante las entrevistas abordábamos temas relacionados con la sanidad, la mayoría de los informantes solía apresurarse a enseñarme todos los documentos de los que disponían y el estado de sus solicitudes, ya fuera el NIE, la tarjeta SIP o la TSE. Trataban de relativizar el coste de su presencia afirmando que ellos colaboran a la economía local, y que el Reino Unido pagaba toda su atención, pero posteriormente vacilaban buscando la confirmación de ese dato en mí, lo que muestra que más que tener una certeza, recelaban tenerse por un lastre social. Ronald lo explicaba de este modo:

*“We didn’t come here for the health or anything; we came because the health would be better for me. We’re all signed up and everything, we don’t take anything from Spain; it’s all paid from England. It’s not insurance but we’re entitled to the health care here, which is paid for. A lot of Spanish people don’t understand that once you join the Spanish system, though it’s, you are in the Spanish system and you are getting treated at the hospital that is being paid by England. Did you...? I have the SIP card, but every time I go, all my treatment for one year is paid by British; it’s not paid by Spanish. Did you know that?”<sup>320</sup>*

Abordar estos temas era delicado. Mi posición de autóctona y joven daba un contexto nacional y etario, que podía condicionar fácilmente su interpretación de mis preguntas como un reproche. Era difícil explorar el tema sin levantar susceptibilidades o sin causar cierta pesadumbre, sobre todo en quienes advertían por las preguntas que la sociedad española les veía como un lastre económico y social. Judith fue una de las que se quedó intranquila por esta percepción. Su sorpresa tras conocer las controversias que su presencia despertaba en la opinión pública valenciana se fue transformando en preocupación. En su visión apoblematizada del impacto de la migración de retiro para la sociedad alicantina, había una mezcla de desinformación pero también de evitación que colaboraba en no turbar su proyecto de retiro. El limbo informativo en el que algunas personas están instaladas las mantiene descontextualizadas del entorno social de destino más allá de su inmediato círculo nacional. En consecuencia, pueden soslayar las consecuencias sociales de los flujos de los que forman parte y, a su vez, protegerse de una imagen social negativa de su presencia.

---

<sup>320</sup> “Nosotros no vinimos aquí por la asistencia sanitaria o algo así, vinimos porque para mi salud sería mejor. Nos hemos inscrito en todo y no nos beneficiamos del sistema de salud español, está todo pagado por Inglaterra. No es como un seguro, pero tenemos derecho a recibir atención sanitaria aquí, que es pagada. Mucha gente española no entiende que una vez que estás metido en el sistema español, a pesar de que sea así, puedas ser atendido en el hospital y que esta atención la esté pagando Inglaterra, ¿lo sabías? Tengo una tarjeta SIP, pero cada vez que voy, todo mi tratamiento durante un año lo paga Inglaterra, no España, ¿lo sabías?”

Judith no acaba de entender que la presencia de ingleses sea costosa para la sanidad valenciana, que no haya mecanismos internacionales de reciprocidad. Ella había oído otro tipo de versiones con respecto a los gastos sanitarios y la inmigración. Desde inmigrantes extracomunitarios que se aprovechan del sistema inglés, a ingleses residentes en España que para su asombro, pudiendo disfrutar de las ventajas de aquí, eligen buscar atención en Inglaterra:

*“We know people who live here that still keep their doctor in England and go back to England for injections, go back to England for operations. English people. The lady here, she broke her arm first, didn't she? She went back to England; she had an operation on her arm. We had a man who needed heart surgery. He went to the doctor for a different blood test. He had a big shock when he was told he needed this operation on your heart, we can do it for you here. I don't know why he said no. He went back to England for it. In England, he would have to wait for months. In Spain they would do it the next day, see the difference. I would go to Spain every time, but I didn't come to Spain just for the health system, you know, but it's a bonus”.*<sup>321</sup>

Del mismo modo que la adscripción al sistema sanitario español puede ser una estrategia de búsqueda de una atención sanitaria más óptima, la permanencia en el sistema sanitario de origen o la recurrencia a él para determinados chequeos, tratamientos o intervenciones, también lo es.<sup>322</sup> Los factores materiales e institucionales influyen en los itinerarios asistenciales, como en el caso de Jodie, que aun llevando trece años en España y con un compromiso con el contexto local, no ha obtenido la residencia para no perder los beneficios del gobierno alemán por su discapacidad, como ya vimos. Sus condiciones y necesidades de salud particulares le han llevado a que acomode su estatuto formal a sus necesidades, al margen de las disposiciones legales.<sup>323</sup> En estas circunstancias, quienes tienen la capacidad económica suficiente para acudir a la atención privada parten con ventaja puesto que no necesitan buscar las fisuras del sistema, sino que tienen la posibilidad de elegir atenderse aquí, allí o en ambos lugares sin comprometer su legalidad.

---

<sup>321</sup> “Sabemos que hay gente que vive aquí, que todavía mantiene el médico que tiene en Inglaterra y vuelve a que le ponga inyecciones o para operarse. Gente inglesa. La señora que estaba aquí, se rompió el brazo, regresó a Inglaterra y la operaron del brazo. A otro señor le tuvieron que operar del corazón. Fue al doctor a hacerse unos análisis de sangre. Se quedó paralizado cuando le dijeron que tenía que operarse del corazón y que le podían operar aquí. No entiendo por qué dijo que no. Pero regresó a Inglaterra para que le operaran. Allí habrá tenido que esperar bastante. En España te operan al día siguiente, ¿ves la diferencia? Yo me quedaría aquí siempre, no vine a España sólo por el sistema sanitario, ya sabes, pero es un extra”.

<sup>322</sup> Este sería el caso de aquellos alemanes que planifican sus viajes para ver a “su doctor” (Schriewer y Rodes, 2006).

<sup>323</sup> Cuando el segundo país implicado es Estados Unidos, el tema del acceso es clave. Durante el trabajo de campo pude saber de dos situaciones de este tipo. En un caso se trataba de Jane y su marido que querían mudarse a Estados Unidos, pero como ella había estado enferma de cáncer y no querían perder su acceso a la atención médica pública estaban valorando vivir en una caravana y mantener su residencia en el Reino Unido. Nathan y a Shirley, ambos de ochenta y cuatro años y originarios de Florida, vendieron todo en Estados Unidos y se vinieron a España por razones médicas. Ella por problema de pulmones y él de corazón, llevaba dos válvulas y cuatro angioplastias. En Estados Unidos no tenían seguro y lo que necesitaban era muy caro.

## Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad

Hay un discurso público de sanción de parte de extranjeros hacia sus pares que utilizan estas estrategias de optimización de las prestaciones sanitarias. Las críticas se dirigen a quienes viven todo un año con la tarjeta sanitaria europea como si de una estancia vacacional se tratara, a los que la aprovechan para operarse o a los que obtienen beneficios de ambos países “*with a foot in both camps*”.<sup>324</sup> Les responsabilizan de que sus prácticas originen mala prensa al colectivo de residentes europeos y, de paso, se distancian de esos comportamientos, aunque quien más y quien menos intenta maximizar su situación. No obstante, en sus elecciones también operan factores de adherencia cultural a unos modelos y procederes que guían el uso de los recursos disponibles.

La Unión Europea ha creado unas posibilidades de movilidad y un margen de seguridad que otros extranjeros no disponen, sin embargo, aquellos comunitarios que dividen su tiempo entre dos países tienen que afrontar el dilema de la elección de país a efectos de cobertura legal (King et al. 2000: 178). La movilidad está sujeta a circunstancias personales de difícil previsión y ordenamiento, pero los Estados nacionales necesitan categorizar, organizar y fijar a quienes fluctúan para poder realizar una mejor gestión de sus recursos.

La población de jubilados europeos en España vive en una red terapéutica cuyos límites exceden el Estado. La normativa europea obliga a estar adscrito en un solo sistema sanitario, a un solo país. En la lógica temporal de las disposiciones legales los tres meses marcan la obligación a la residencia, pero en las vidas transnacionales tres meses son una convención difícilmente asumible como criterio de vinculación a un lugar. Este es el caso de Elizabeth que, como relatamos en el capítulo seis, pasa medio año en España y medio en Inglaterra. Tiene la residencia en el Reino Unido pero está empadronada en su pueblo alicantino, donde para recibir atención utiliza la tarjeta sanitaria europea. Su vida transcurre entre dos países a los que no quiere renunciar porque, entre otras cosas, en ambos tiene familia.

Para muchas personas el sentido de hogar no está exclusivamente fijado a un lugar, a un país. Hay quienes le han llamado a este fenómeno “*bothness*”<sup>325</sup> (Fog Olwig, 1993; en Agustín, 2003:7) o *topopoligamia* (Beck, 1998:10; en Rodes, 2008:107). También se ha considerado que el transcurso de la vida en dos países es una nueva forma de consumo vinculada con un estilo de vida que puede ser entendida como sustitutoria de las migraciones definitivas convencionales. Esto nos lleva a replantearnos ciertos tópicos como la identidad de migrante (Gustafson, 2002) o la

---

<sup>324</sup> “Con un pie en cada lado”.

<sup>325</sup> Podría traducirse como estar en ambos lugares.

norma que considera que la vida sólo se puede desarrollar en relación a un único país (King, 2002).<sup>326</sup>

A Elizabeth su situación le genera inquietud y la incomodidad de tener que elegir “*between a hard place and a stone*”.<sup>327</sup> No sabe si la tarjeta sanitaria europea sólo le cubre urgencias, o si al solicitar la SIP perdería la posibilidad de atención médica en Inglaterra. Sus dudas pasan de ser una necesidad de información sobre cuestiones legales, a formar parte de sus incertidumbres: ¿Qué pasaría si de repente se pusiera seriamente enferma? ¿Quién la atendería? Se lamenta de que nadie ni nada le aclare estas cuestiones, ni las autoridades españolas ni el consulado británico. Considera que una información clara y disponible haría la vida más fácil a los ingleses pues sabrían qué podrían esperar o hacer, de qué podrían disponer y de qué no. Y siendo más sencillo para ellos, también lo sería para las autoridades españolas. Pero al consulado británico sus preguntas le parecieron absurdas. Al saber que Elizabeth vive seis meses en España el diálogo se cerró confirmándole que entonces ése era su país de residencia y, en consecuencia, aquí tenía que formalizar su situación. Pero ella no es residente de un solo país. Como no sabe a quien pedir información, me la pide a mí. Compruebo de primera mano las dificultades para obtener información veraz ante lo difuso de los términos, lo intrincado de las normativas, las respuestas tangenciales o las derivaciones a otras instancias cuando quien atiende es incapaz de ofrecer una información clara y precisa. Lo que sí me queda claro es la dificultad para hacer encajar las vidas transnacionales en unas leyes fijadas nacionalmente. Como afirmó la trabajadora social del hospital: “o vive aquí o vive allí, tiene que elegir”.

Reclama su libertad para poder vivir entre dos países y no tener que elegir su residencia y su cobertura sólo en uno. Si bien, tampoco quiere estar fuera de la ley. Por ello exhorta a que la Unión Europea reconozca sus derechos para decidir cómo y dónde vivir con total garantía: “*I’m sharing my time between the two countries. And this is Europe! Why not? Why I can’t share my time between the two countries?*”<sup>328</sup>

No sólo apela a su condición de europea sino que además reivindica su derecho a que el Reino Unido le siga cubriendo su atención a pesar de que viva la mitad del año en España. Considera que el Estado británico ha adquirido con ella una deuda material y moral, que se funda en los más de cuarenta años trabajados en él contribuyendo a la seguridad social. Año tras año, de su salario se fue extrayendo la

---

<sup>326</sup> La migración de retiro, especialmente los que viven/se desplazan en autocaravanas, así como otras manifestaciones históricas de trashumancia como se ha dado y todavía se da en caso de los gitanos, hace que sea necesario poner en cuestión el criterio de territorialidad omnipresente a Europa. Para conocer más sobre los campamentos de gitanos trashumantes, véase Comelles (2000).

<sup>327</sup> “Entre la espada y la pared”.

<sup>328</sup> “Reparto mi tiempo entre dos países ¡Y esto es Europa! ¿Por qué no? ¿Por qué no puedo repartir mi tiempo entre dos países?”

## *Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad*

proporción que tocaba sin apenas haber usado la sanidad, y cree que no ha recibido nada a cambio. Del mismo modo que siente que no es de recibo que alguien inmigrante en su país le cuestione su derecho a recibir atención. En un centro de salud de su ciudad de origen donde fue a hacerse una prueba, una enfermera china le preguntó: “Tú que vives en España ¿tienes derecho a atenderte aquí?” Ella, sorprendida por el comentario le replicó: “¿Y cómo sabes que yo vivo en España? Porque tu hija lo ha comentado, le contestó la enfermera. Elizabeth se enfadó mucho y no pudo evitar decirle: “Yo no soy racista, pero ¿y tú, tienes derecho? Porque tú no eres inglesa...”. Cuenta que se lo dijo con esa brusquedad porque quería que pensara sobre lo dicho. Elizabeth se sintió muy molesta, había cotizado tantos años en el Reino Unido, había usado tan poco los servicios sanitarios, que el hecho de que llegara precisamente una china a cuestionárselo, le parecía ilegítimo.

Las razones de Elizabeth son las mismas por las cuáles algunos extranjeros reclaman ser atendidos por sus países de origen al margen de su estatuto legal. Las cuestiones de los derechos nacionales se convierten en materia de reciprocidad desde la perspectiva del curso vital, y los estados quedan en deuda con las personas individuales más allá de los términos legales.

La Unión Europea es el marco de la disyuntiva entre estilos de vida móviles favorecidos por los principios comunitarios para la libre circulación, y frenados por los distintos intereses de los Estados miembros y unos sistemas de protección social de ámbito nacional. En esta tensión los actores van gestionando sus derechos en los distintos niveles que concurren, sean estatales o supraestatales, para obtener beneficios y minimizar los riesgos de su migración (Ackers y Dwyer, 2002). Es por esta razón que la adscripción a un sistema u otro puede deberse a una estrategia de salud, a un simple acatamiento de las normas, o a la imposibilidad de encajar una vida móvil en un patrón legal rígido.

### *Donde atienden/donde entienden*

La elección terapéutica ante las distintas alternativas que se disponen varía según una multiplicidad de variables explicativas o determinantes que refieren, entre otros, a características de los sujetos (edad, sexo, tamaño y estatus familiar, grupo étnico, religión, estatus socioeconómico y educación, identidad cultural, educación, etc.), a características del desorden y su percepción (crónico o agudo, beneficios esperados en cuanto a la curación, etc.), a la accesibilidad a diferentes tipos de servicios sanitarios, a las posibilidades de comunicación entre sanador y paciente, y a la satisfacción con la asistencia recibida (Perdiguero, 1988:28-29). El uso de los servicios sanitarios españoles por la población extranjera de retiro viene condicionado por el tipo de

cobertura legal de que disponen, la información que tienen sobre sus derechos, así como por el estatus económico. Otros factores que predisponen la elección entre recursos disponibles tienen que ver con la competencia lingüística, las expectativas de atención, la seriedad de la patología y la identidad nacional.

La mayor parte de los británicos jubilados que viven en el sur de la Costa Blanca de modo temporal combina sistemas sanitarios de ambos países, mientras que quienes viven de manera permanente, a menudo combinan servicios de distinta titularidad. Dado que la mayor parte de los británicos residentes no hablan español, el idioma es el elemento más compartido que inclina a pagar servicios privados para la atención primaria de salud. Es decir, la razón principal para acudir a clínicas o consultas privadas es consecuencia de la barrera lingüística que supone su falta de competencia con el español y la ausencia de servicios de traducción en los dispositivos públicos.<sup>329</sup> No sólo no se dispone de traductores, sino que los perfiles de los sanitarios destinados a estas áreas no se adecuan a la población existente, ni tampoco se optimizan las competencias lingüísticas del personal disponible en una institución.

En los últimos años se ha observado un incremento de clínicas privadas, médicos particulares y terapias que, estableciéndose como alternativa a los servicios sanitarios locales, ofrecen como principales incentivos una atención en su mismo idioma lingüístico y cultural, y un trato más personal. Las demandas de los extranjeros no cubiertas por los dispositivos públicos y una atenta visión de mercado ha llevado a una mayor oferta de dispositivos asistenciales con la que se ha ampliado el complejo asistencial de las zonas turístico-residenciales. Se ofrece un mercado privado de servicios sociosanitarios específicos para comunitarios que tanto cubre un tipo de atención identificada por idiomas, por nacionalidad,<sup>330</sup> o por tipo de demanda. En la prensa extranjera local de estos enclaves es habitual dedicar una página de publicidad a los servicios socio-sanitarios privados. Si bien hay residentes que muestran desconfianza hacia estos anuncios dado que es un contexto fácil para el intrusismo y el engaño.

---

<sup>329</sup> Hay que subrayar que la migración de retiro en Europa, en concreto en España, comporta un contexto plurilingüístico a diferencia de este tipo de movilidad en el seno de los Estados Unidos. En Norteamérica no se da este tipo de ruptura lingüística ni cultural. Sin embargo, en la urbanización de una pequeña localidad de la Costa Blanca podemos fácilmente oír inglés, alemán o francés, pero también otras lenguas más minoritarias como holandés, danés, sueco, finlandés, etc.

<sup>330</sup> En la atención nacionalizada no sólo la lengua, sino que también la nacionalidad abarca tanto al personal como a los protocolos y procederes de atención. Algunos de ellos se anuncian así: “*British dental care. Gentle dental care*” o “*Euro Clinic*”.

## Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad

La atención privada es bien valorada por los jubilados extranjeros porque se materializa en una mayor dedicación, en una relación más personal pero, sobre todo, en la posibilidad de hablar el mismo idioma. Si para la población española acudir al médico de pago se utiliza en muchas ocasiones como una confirmación diagnóstica, en el caso de los extranjeros se usa principalmente como una comprensión diagnóstica. No poder entender y no poder comunicar los problemas de salud genera bastante malestar, especialmente cuando la incertidumbre sobre la salud pesa. La atención privada les permite tener un mayor control sobre su proceso.

A Marion su primera experiencia de asistencia médica en un hospital español le hizo sentirse incapaz para involucrarse en su salud, lo que le llevó a decantarse por la atención primaria privada. Su opinión sobre la sanidad española es muy positiva, pero las dificultades idiomáticas se traducen en inseguridad de no saber qué está pasando y en la imposibilidad de preguntar, lo que la hace sentir vulnerable, al margen del control sobre su salud y de la toma de decisiones:

*“I like to know what is going on. I like that somebody is able to explain to me in my own language what’s the problem, what the treatment is going to be, are there going to be any side effects. And I can ask the questions and I can get as much information back as I want to. In the Spanish system, although I have a tiny bit of Spanish now, I don’t think, unless I took an interpreter with me, I don’t know whether I would get that much. (...) I want to know what’s happening, why they are doing it, what the options are. I want to be in control of my health and my health care and I want to be able to express that to the person that’s looking after me”.*<sup>331</sup>

Cooper y Grace acuden a la misma clínica privada del centro de la urbanización a la que van James y Marion. En el Reino Unido ya tenían un seguro de salud privado, pero éste fue encareciéndose conforme se hacían mayores hasta que, llegados a los sesenta años, se convirtió en un lujo inaccesible. El consultorio privado está disponible cualquier día a cualquier hora menos los domingos. Ellos lo utilizan para cosas menores, las que no son urgentes, o cuando quieren una segunda opinión. Para las urgencias o las cuestiones más serias prefieren ir a la sanidad pública. El profesional de la privada también les facilita su relación con los dispositivos públicos españoles. Cuando van a los servicios públicos, normalmente llevan la carta que su médico privado les redacta en español con la explicación de su historial médico y de sus síntomas. Si tienen dudas con los términos y las medicaciones que los profesionales españoles les han dado, las buscan en internet y las traducen.

---

<sup>331</sup> “Me gusta saber qué ocurre. Me gusta que alguien pueda explicarme en mi idioma cuál es el problema, qué tratamiento me van a dar, si habrá efectos secundarios. Y poder hacer preguntas y recibir toda la información que desee. En el sistema español, aunque ahora entiendo un poco el español, no pienso en nada, a no ser que venga un intérprete conmigo y, aun así, no sé si entenderé todo. Quiero saber qué sucede, por qué están actuando de esa manera, cuáles son las opciones. Quiero tener el control de mi salud y mi cuidado y quiero ser capaz de expresar esto a la persona que me está atendiendo”.



Otros prefieren utilizar únicamente los servicios públicos y pagar a un intérprete. Cada vez que Josephine tiene cita médica va con su intérprete de siempre. Ahora que está ingresada, también la llama cuando la necesita. Reconoce que no es un servicio precisamente barato, pues cuando es poco tiempo le sale por cuarenta euros, pero cuando es más tiempo y tiene que esperar a que vengan los médicos le cuesta unos setenta euros. Su intérprete es una italiana casada con un español, lo que Josephine valora positivamente porque cree que su inmersión en la sociedad española la hace buena conocedora de la terminología médica, de los distintos dispositivos sanitarios y de la gente que allí trabaja; además, así le puede ayudar con los temas burocráticos.

El problema es que no siempre es posible tener acceso a los intérpretes, particularmente de noche. Madeleine, por su vinculación al grupo de ayuda de enfermos de cáncer, ha tenido que trasladar gente a altas horas de la madrugada y se ha visto en esa situación. Tienen cuatro voluntarios como intérpretes, pero su tiempo de compromiso también es diurno. Hay veces que tienen suerte y encuentran médicos y enfermeras que pueden hablar algo de inglés pero, en su opinión, los hospitales deberían tener un servicio de traducción que cubriera día y noche. Sabe que el nuevo hospital de gestión privada de Torrevieja ha puesto intérpretes y personal que habla inglés. También conoce la puesta en marcha de un servicio telefónico de traducción en algunos dispositivos sanitarios.<sup>332</sup> Cree que España debería acomodar sus servicios públicos y la formación del personal al tipo de población europea que compone su sociedad, pero cuando se refiere a las lenguas extranjeras, privilegia el que se utilice el inglés considerando que los demás nacionales son bilingües. Sabe que estaría bien que ellos también hablaran español, pero la edad junto a la dificultad de la terminología médica se lo ponen más difícil:

*“But I mean at my age it is very difficult for me, it sort of goes in one ear and out the next ear. So you know while I’m there I can do enough for greetings and things, but when you’re dealing with medical problems, I think you should have someone who is very fluent because the medical names, particularly with the cancer, is long and you could misinterpret what they are saying”.*<sup>333</sup>

Suele confiar en que alguien de entre el personal pueda hablar en inglés, pero siempre lleva consigo el cuaderno *“What to Tell the Doctor”*<sup>334</sup> por si el médico no lo habla.

---

<sup>332</sup> Se trata de un servicio a tres bandas donde en una situación de atención, paciente y medico a través de sus teléfonos reciben la traducción de la conversación.

<sup>333</sup> “A mi edad es bastante difícil, es como si me entrara por un oído y saliera por el otro. Puedo saludar y alguna cosa más, pero cuando se trata de asuntos médicos, pienso que debería haber alguien ahí que tuviera un buen nivel, porque con los términos médicos, particularmente con el cáncer, son muy largos y puedes mal interpretar lo que te están diciendo.”

<sup>334</sup> Se trata de un cuadernillo de ayuda lingüística que vende la asociación de ayuda de británicos *Age Concern*. En

## Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad

También están quienes aunque no hablan español, no usan ni servicios privados ni traductores. Lo dejan al amparo de la suerte con la confianza de que el personal médico hable algo de inglés, que su escaso español sea suficiente para hacerse entender, o que se encuentren con algún voluntario. Pero no siempre sucede así. A ello hay que sumar que en situaciones de enfermedad, la carga emocional y la tensión reducen el grado de competencia lingüística (Barclay 2002: 503; en Niño, 2008). Las razones de estas actitudes se pueden deber a su consideración de que España debe ofrecer ese servicio, pero también puede ser por la dificultad económica para asumir ese gasto. Las barreras lingüísticas tienen precio, y si bien hay todo tipo de servicios para extranjeros, a las personas jubiladas cuyos recursos son limitados se les hace cuesta arriba pagar la suma de las clases de español particulares, el servicio de traducción, asesores, etc. Estas situaciones de estrechez económica las conoce bien gente como Ann, que está al frente de una asociación de ayuda. Sabe que aunque los europeos tengan derecho a recibir atención y los hospitales sean buenos, la posibilidad de costearse servicios desequilibra la equidad en el acceso:

*“The vast majority of people, they, you know they can manage for their ordinary everyday lives, but when an emergency situation arises, where somebody is ill, they have to pay more, a lot more money for translators, to actually go to the hospital. It’s not so bad in Torrevieja, but you know as a general thing they have to pay more for translators, for taxis, and things like that if they can’t drive. So, yes, they can go into hospital and that’s great if they are entitled to health care, which people who get a state pension are. It’s when they are discharged from hospital”.*<sup>335</sup>

La disponibilidad de medios económicos que, en términos generales, está en consonancia con el país de procedencia, va a ser el factor capacitante que marque el tipo y la intensidad de utilización de los servicios privados. La población británica de esta zona tiene un nivel adquisitivo menor que la de otros nacionales, como los alemanes o los nórdicos, por ello su presencia es mayor en los servicios públicos. Ann y Gilbert se muestran especialmente preocupados por la atención a la salud mental, porque su incidencia entre británicos es alta y por la falta de recursos y terapeutas que atiendan en inglés.

---

él vienen las frases más usuales que se pueden necesitar en una situación de enfermedad y en un contexto sanitario tanto en inglés como en español.

<sup>335</sup> “La mayoría de la gente se las arregla para las tareas diarias, pero cuando tienen una emergencia, cuando alguien se pone enfermo, tienen que pagar más, pagan mucho dinero por los traductores para ir al hospital. No está tan mal en Torrevieja, pero te tienes que gastar más en traductores, en taxis si no puedes conducir. Puedes ir al hospital sin problema si tienes derecho a atención sanitaria, lo que consigues si tienes una pensión del Estado. El problema viene cuando les dan el alta en el hospital”.

Henk, no tiene problemas con el español pero sí con los servicios públicos españoles, especialmente los hospitales, por lo que decidió contratar un seguro privado como tenía en Holanda. Su peor recuerdo, aunque sólo duró tres días, es de cuando estuvo en el Hospital Mare Nostrum: “Yo estuve en el corredor 24 horas con gente muriendo al lado de mí”. Su salud es delicada, por ello privilegia la utilización de los hospitales privados para cosas serias y el consultorio público de la urbanización para las pastillas y para los controles rutinarios, aunque la atención primaria pública tampoco le resulta satisfactoria. Le parece que el médico del consultorio de la urbanización sólo se dedica a dispensar medicamentos y no presta la atención suficiente a sus problemas de salud:

“Yo puedo pedir todo lo que yo necesito, yo ofrezco un papel y digo, mira, estoy tomando esto, esto y esto, y yo necesito eso... pum, pum, pum, pum. Nunca me ha preguntado, y cómo estás, nunca me ha preguntado - ¿vamos a hacer un análisis?, nunca me ha preguntado si hay problemas, no. Sólo yo inicio la conversación: ‘Pero doctor, ¿qué piensa usted? Me duele mucho la cadera, - ah, bien, bueno...’ ‘¿Qué piensas cuando voy a tomar eso?’ - ‘ah, bien, bien, sí... ¡Nada! Para mí es un hombre de nada. Yo no puedo mucho con un médico como ése, porque ¿cómo puedes tener confianza en una persona que no está controlando nada? Y por eso para mi seguridad y mi tranquilidad algunas veces yo voy a un privado para pedir un control y para hablar media hora: ‘oye, mira, ha pasado esto, ¿qué piensa usted? Para tener un poco de tiempo, porque claro, yo lo sé. Yo tengo problemas de espondilitis, es una enfermedad que nunca está parada, esto está buscando siempre otros huesos para atacar.’”

No le gusta el servicio público de salud porque siente que los profesionales no tienen tiempo y que les molesta si les solicita más información. Él considera que su estado de salud requiere más atención:

“Pero cuando yo voy, claro, con todo lo que ha pasado en mi vida, yo quiero un poco de atención y un poco de respeto para tus problemas, porque claro, tengo mis problemas de salud, para saber porque yo tengo la idea de que a lo mejor la otra cadera también necesito una operación porque yo siento algo que va a preocuparme. Y es normal, en este proceso de espondilitis vas a empeorar la cadera también... ¡pero bueno! Yo pienso, ok, bien, este médico no tiene tiempo, pues bueno, voy al otro, voy a Sanitas, solucionado.”

Su estado de salud hace que sea más exigente con el trato que recibe. No obstante, también es consciente del gasto que suponen los extranjeros para España, y como sabe que es cuestión de dinero y tiempo, no le importa marcharse a la privada. Paradójicamente, fue su estado de salud el que le puso más difícil conseguir cobertura privada pues las empresas de seguros rechazaban su admisión cuando veían su historial médico donde figuran los cinco bypass. Anteriormente disfrutaba la cobertura básica que el gobierno holandés daba a cada uno de sus ciudadanos, viviera donde viviera, y al margen de su historial. Pero este derecho derogó el 1 de enero de 2006, de modo que se pasó a la seguridad social, y luego a un seguro privado.

*Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad*

Las razones de Henk para recurrir a los servicios privados podrían ser las mismas que las de la población autóctona, “una atención más pausada, más profesional y dilatada en el tiempo, situada en el extremo opuesto del acto burocrático que constituye la consulta del Seguro” (Perdiguero, 1988:30). Si bien, cabe señalar que las necesidades tienen que ver con las expectativas de atención, y éstas a su vez con los estándares de cada país, así como obviamente, la accesibilidad para costearlos.

La elección sobre el tipo de dispositivos donde recibir cuidados médicos, está presidida por cierta ideología de pragmatismo, pero no del cálculo aséptico. En ella entran en valor elementos como la nación, la edad y la seguridad, lo que explica que no todos tomen las mismas decisiones. Las dificultades vinculadas a problemas de comunicación por diferencias idiomáticas constituyen uno de los criterios principales, así como una de las barreras de acceso al sistema sanitario. Como ya pudimos ver en el capítulo cuatro, estas dificultades también repercuten en el funcionamiento de los servicios y en los profesionales, dado que les obliga a invertir más tiempo y a que se hagan más pruebas de las necesarias para protegerse del error diagnóstico.

Por último cabe señalar que existe otro tipo de barreras de acceso al sistema sanitario que no sólo están relacionadas con el idioma en la relación asistencial. Sus dificultades para acceder a la información y la proyección de sus vidas hacia la comunidad extranjera, hace que estén desconectados de la organización local y que tengan muchas lagunas sobre aspectos formales. Una de ellas se refiere al área sanitaria a la que pertenecen y los dispositivos a los que les corresponde acudir, más cuando se relacionan con gente que vive a diez minutos de ellos pero que pertenece a otra área sanitaria y a otro hospital, lo que les lleva a confusión. En otras ocasiones, no es tanto una falta de información sobre el sistema sino un desconocimiento más general de sus propias ubicaciones. Muchos no conocen los términos municipales donde se ubican sus casas o urbanizaciones ni, por tanto, cuál es su hospital de referencia, por lo que tienen serios problemas para responder ante una situación de emergencia. Lo que acostumbra a suceder, sobre todo, entre quienes viven de manera temporal y pasan menor tiempo en destino.

## 7.5. Síndromes que movilizan y movilidades que producen síndromes

Si anteriormente veíamos la relación entre movilidad de jubilados y búsqueda de salud, ahora vamos a abordar cómo se ha definido desde la perspectiva médica la relación entre movilidad y enfermedad. En las sociedades occidentales se está produciendo un fenómeno creciente por el que procesos sociales son interpretados como fenómenos médicos y, en consecuencia, reclaman de intervención médica<sup>336</sup> (Hardon et al., 2001: 128). Un proceso que ha reforzado la hegemonía del modelo médico occidental en la gestión del conjunto de actividades relativas a la salud, la enfermedad, las prácticas de atención a la misma y su monopolio. En la medicalización<sup>337</sup> generalizada de los procesos sociales, la migración también tiene sus síndromes específicos. Unas retóricas del malestar con las que algunos inmigrantes de retiro explican las causas de sus procesos migratorios y de salud.

Cómo vimos en la capítulo segundo, para Meñaca (2007) la migración se ha venido relacionando con la enfermedad de varias formas. En los primeros trabajos sobre inmigración y la salud, los inmigrantes eran observados como un vector de contagio social, como transportadores de enfermedades, como importadores de dolencias que podían repercutir en la salud de la población autóctona. En perspectivas posteriores se indagó en las desigualdades sociales en salud y en las condiciones que favorecían determinados malestares en los inmigrantes. Esta mirada ha tenido un especial acento en las elaboraciones sobre inmigración y salud mental. El proceso migratorio ha sido interpretado como generador de malestares mentales descritos como “duelo migratorio”, “estrés aculturativo” o el conocido como “síndrome de Ulises” (Achotegui, 2000), al que nos acercaremos más adelante.

La migración de jubilados también tiene unos síndromes asociados, aunque éstos son distintos a los descritos para los “inmigrantes”. En su caso, no sólo no les estigmatizan, sino que les permiten elaborar un marco de sentido del proyecto migratorio y de los efectos colaterales del mismo. En los ejemplos que expondré a continuación, en el primer caso, la migración queda legitimada por la recomendación médica de la búsqueda de luz solar; mientras que en el siguiente, se da una lógica explicativa a la tristeza que suponen los cambios asociados a la migración, aunque ésta sea voluntaria. Dos muestras que dejan ver de qué sanan y de qué enferman los lugares sus estilos de vida asociados. Dos ejemplos de la utilización de la biomedicina desde la expresión de la salud mental, como botón de muestra de sus elaboraciones sobre las migraciones. Las diferencias residen en quién nombra qué, a quién y con qué fin.

---

<sup>336</sup> Ejemplo de ello son las adicciones o la ansiedad.

<sup>337</sup> Proceso mediante el cual cada vez más aspectos de la vida cotidiana han pasado al dominio, influencia y supervisión médica” (Zola, 1983:295; en Meñaca, 2007:173).

Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad

*Are you feeling SAD?*<sup>338</sup>

En una ocasión Elizabeth me explicó que la amiga que venía a visitarla la siguiente semana padecía SAD. Judith y Austin me hablaron de que en Inglaterra existe una enfermedad que tiene que ver con el sol, un síndrome que no afecta a España, razón por la cual los ingleses que han migrado aquí son más amigables. Recordaban el nombre pero no el significado de sus siglas. Cooper también está convencido de que el clima influye en el ánimo. Suscribe totalmente la idea de un libro inglés en el que España es definida como un lugar maravilloso para ser visitado por los “*sun-starved north Europeans*”.<sup>339</sup> Le anima pensar que Inglaterra no es Escandinavia, donde los días son todavía más cortos, y su necesidad de sol es mayor. No obstante, las cifras muestran que migran más británicos a España que la suma de todos los escandinavos y los finlandeses.

La sección de temas de psicología del periódico anglófono de la Costa Blanca *The Weekly Post* dedicó varios artículos del mes de octubre del 2007 al SAD. El último mes de cielos grisáceos y mañanas oscuras le recordó a Steve Ashley, psicoterapeuta inglés afincado en Altea y autor habitual de la columna, que era el momento para escribir sobre ello. Ponía mucho énfasis en que, dado que para muchas de las personas jubiladas el clima era una de las razones principales para dejar el Reino Unido y trasladarse a vivir en España, sería interesante llevar a cabo una investigación para constatar si los residentes extranjeros de retiro en las costas españolas sufrían de una alta prevalencia de SAD. Es decir, que proponía indagar en cuánto tenía que ver este síndrome con la migración desde Europa.

Durante el proceso de búsqueda de información sobre la migración de retiro y en mis conversaciones con informantes, el SAD aparecía una y otra vez. Unas siglas que tanto significan triste en inglés, como componen el acrónimo del *Seasonal Affective Disorder*.<sup>340</sup> Se define como un síndrome estrechamente relacionado con la carencia de luz solar que se manifiesta con síntomas similares a los de la depresión. Una etiqueta elaborada desde la biomedicina con las características idóneas para funcionar como persuasor para viajar, y como sostén de recomendaciones médicas para la movilidad hacia geografías de sol. Un síndrome que ya forma parte del conocimiento popular y del horizonte discursivo con el que los extranjeros noreuropeos explican su movilidad.

<sup>338</sup> “¿Te sientes triste?/¿Sientes el SAD?”

<sup>339</sup> “Noreuropeos hambrientos de sol”.

<sup>340</sup> También conocido como *winter disorder* o *winter blues*. En español he encontrado referencias con el nombre de trastorno estacional. Las relaciones entre clima y temperamento son un clásico en medicina desde tiempos hipocráticos y muchos trastornos afectivos pueden tener ciclos estacionales (Comelles, 2010. Comunicación Personal). Aunque el SAD no es un trastorno muy conocido, algunos medios como la revista *Jano* y *The Lancet* se han hecho eco de las investigaciones que se están llevando a cabo (*Jano*, 09/12/2002).

Norman Rosenthal, profesor de Psiquiatría Clínica de la Universidad de Georgetown de Washington y pionero en la descripción de este trastorno en los años ochenta, fue quien empezó a estudiarlo y a relacionarlo con la luz, cuando observó que los pacientes con síntomas depresivos mejoraban espontáneamente a medida que los días iban creciendo en horas de luz solar (Rosenthal et al., 1984). La depresión, regida por un patrón estacional, se presentaría al comenzar el otoño para desaparecer espontáneamente con la llegada de la primavera. Ha sido considerado como expresión de una respuesta anormal del cuerpo a la reducción de horas de luz disponibles conforme acortan los días (Lee et al., 1997; en Davis and Levitan, 2005:4). Esto explica que se dé una mayor incidencia en el hemisferio Norte y en el Sur, siendo raramente encontrado en quienes viven en regiones cercanas al Ecuador, dado que pueden disfrutar de largos y soleados días. También se han registrado distintas incidencias entre los países de climas fríos, pero se ha argumentado que en aquellos países que suelen estar cubiertos de nieve, la intensidad de la luz se realza con el efecto albedo de la nieve, con lo cual la incidencia es más baja.

El SAD está considerado un “trastorno afectivo estacional” y se estima que afecta en mayor o menor grado a un 20% de la población del cual, en un 6% de los casos, es invalidante.<sup>341</sup> Los síntomas pueden presentarse en personas de cualquier edad, pero lo más común es que aparezcan por primera vez entre los 18 y los 30 años, con mayor prevalencia en mujeres. Hay quienes atribuyen su aparición a un desajuste en la secreción de melatonina (hormona secretada durante la noche por la glándula pineal), una hormona que segrega la epífisis y la serotonina (uno de los principales neurotransmisores).<sup>342</sup> Para otros está relacionado con un proceso de selección natural. Se trataría de una inadaptación del cuerpo a los cambios estacionales y sus manifestaciones características de hipersomnía y ganancia de peso podrían ser reflejo de un intento genéticamente programado para conservar la energía durante los periodos históricos en los que se predecía la disminución del suministro alimentario (Davis and Levitan, 2005).<sup>343</sup>

---

<sup>341</sup> Rosenthal, en febrero del 2000 en Madrid en el marco en su conferencia como ponente invitado en el V Simposio Internacional de Avances en Psiquiatría.

<sup>342</sup> La secreción de melatonina, según explicó Rosenthal en el *V Simposio Internacional de Avances en Psiquiatría*, se rige por un reloj biológico que hay en el cerebro, alojado en el hipotálamo, y que está en relación con los ritmos y hábitos estacionales según la luz. Por tanto, la cantidad de secreción de esta hormona se corresponde con la duración de la noche y por lo mismo en las largas noches de invierno se segrega más melatonina. Sin embargo, en las personas sanas, no se hallan diferencias estacionales en la secreción de melatonina por la luz artificial, pero sí en los pacientes con trastorno afectivo estacional, porque han perdido la capacidad para captar la falsa alarma de la luz artificial que frena la síntesis de melatonina. Respecto a la serotonina, los afectados por el SAD no tienen una transmisión eficiente de este neurotransmisor y durante los meses de invierno la serotonina les desciende a los niveles más bajos.

<sup>343</sup> Los autores explican bajo el mismo prisma evolutivo las diferencias de prevalencia de SAD entre hombres y mujeres. Los hombres habrían desarrollado una mejor adaptación debido a su rol de cazadores [sic] en las

## Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad

Para su tratamiento se suele recetar medicación antidepresiva, como prozac o seroxat, psicoterapia, aire iónico, tratamientos con melatonina, y tratamientos con luz artificial con aparatos domésticos apropiados.<sup>344</sup> Otra de las opciones, presentada como la más infalible, es el viaje a un lugar cálido. En distintos sitios *web* del Reino Unido dedicados al SAD, se detallan destinos, no sólo de sol sino turísticos: “*Go somewhere warm! If at all possible, go somewhere warm - Spain, North Africa, Turkey, Greece, California, the Pacific - for some respite.*”<sup>345</sup>

Gran parte de las referencias al SAD provienen del Reino Unido. Desde artículos académicos en el *Journal of Affective Disorders*, a artículos divulgativos en internet que repiten en sus encabezamientos: “*Are you feeling SAD?*” y sitios *web* con los recursos existentes. En estos se ofrecen datos, consejos de especialistas, centros de referencia del NHS para el tratamiento, e información sobre grupos de ayuda mutua británicos como *Mind* y SADA (*Seasonal Affective Disorder Association*)<sup>346</sup>. En sus cálculos hacen distintas estimaciones: que 1 de cada 50 británicos puede que tenga SAD, que un 2% está incapacitado debido a él, o que medio millón de británicos tiene algún tipo de depresión invernal cada año. Pero todos coinciden que está infradiagnosticado. Por ello hay quien considera que no es casualidad que muchos británicos escapen de los cielos oscuros y los húmedos inviernos rumbo a España, sin saber que lo que realmente les empuja es la necesidad de sol.<sup>347</sup>

Hoy en día, las facilidades para la movilidad y las infraestructuras turísticas han transformado las posibilidades de acceder al sol. Ya se puede prescindir del popular refrán inglés: “*Where the sun does not arrive, the doctor does*”.<sup>348</sup> Por ello, la asociación *Mind* no duda en proponer como única cura permanente para el SAD, trasladarse a vivir cerca del Ecuador, tomarse unas vacaciones soleadas durante el invierno al sur de España o las Canarias, o en su defecto, ir a esquiar. España es propuesta desde la evidencia científica como parte de la cura. Y como remedio curativo, algunos bromean con utilizar este síndrome para que el médico les envíe a España:

---

sociedades primitivas, actividad que se desarrollaba a lo largo de todo el año. La mayor prevalencia en mujeres se debería a que éstas han estado más ligadas a la agricultura en su condición de recolectoras, actividad más directamente ligada a las estaciones (Davis and Levitan, 2005:5).

<sup>344</sup> Para el tratamiento con fototerapia se han diseñado diferentes modelos de las llamadas cajas de luz brillante. Este tipo de lámparas (dotadas de 10.000 lux o unidades de luminiscencia) se recomienda que se apliquen cada día durante una media hora, aproximadamente, a lo largo de todos los meses de depresión. El mismo Rosenthal ha puesto a disposición en su página web (<http://www.normanrosenthal.com/>) información sobre fabricantes y distribuidores de las cajas de luz brillante para su adquisición.

<sup>345</sup> “¡Ve a cualquier lugar cálido! Si al fin y al cabo es posible, ve a un lugar cálido -España, Norte de África, Turquía, Grecia, California, el Pacífico- Para un respiro”. En <http://www.thisisawar.com/DepressionSAD.htm>

<sup>346</sup> En <http://www.sada.org.uk/>. La correspondiente a Estados Unidos está alojada en: <http://www.nosad.org/>

<sup>347</sup> “*A ray of light in the winter gloom*” Barry Nelson (16/04/2004). En <http://www.thenorthernecho.co.uk/>

<sup>348</sup> “Donde no llega el sol, llega el doctor”.



*“They say that it’s the sunlight that makes the Spanish such a cheerful race, and there is apparently plenty of scientific evidence that people who suffer from SAD improve when treated with doses of light. Doctors have been known to prescribe holidays on the Costa del Sol for sufferers - which sound to me like an excellent reason for complaining to the doctor that you feel depressed!”<sup>349</sup>*

Si bien no es un síndrome que se haya elaborado únicamente para explicar la migración de jubilados, sí es utilizado como prescripción médica, como reclamo publicitario para animar a la residencia en un lugar al sol, y como argumento de salud de la decisión migratoria en una versión medicalizada de los factores de atracción de determinadas localizaciones. Este síndrome, geográfica y culturalmente acotado, vendría a cuestionar la capacidad de adaptación del ser humano al medio ambiente. El ser humano, que históricamente se ha adaptado al medio mediante recursos de todo tipo, ahora dependería de suplementos farmacológicos, virtualidades lumínicas, o la movilidad a geografías más óptimas como vías de tratamiento del malestar. Pero la cuestión no sería tanto dilucidar si realmente la luz mejora el estado de salud de las personas, que probablemente lo hace, sino reparar en qué ingredientes colaboran en la mejoría, y por qué la movilidad de retiro se ha asociado a un tipo de un síndrome y no a otros utilizados en el resto de inmigrantes.

Desde un análisis político-económico, el SAD podría relacionarse tanto en su construcción como síndrome como en la promoción de su tratamiento, con la llamada *disease mongering*, epítome de la alianza entre los medios de comunicación, la industria farmacéutica y la biomedicina. Sus centinelas han denunciado la creación de síndromes como una estrategia de mercado consistente en convertir a gente sana en pacientes, generando así necesidades de salud y engrosado las ganancias de quienes venden y distribuyen tratamientos.<sup>350</sup> Uno de los tratamientos que más están beneficiando a las corporaciones farmacéuticas y demás agentes son los antidepresivos, recomendados también en el SAD. Su popularización es reflejo de un proceso de medicalización de los estados de ánimo que responde a distintas necesidades: en los profesionales permite controlar los malestares, y a los afectados les ayuda a “conjurar sus incertidumbres y riesgos de desafiliación” (Martínez, 2005:215).

---

<sup>349</sup> “Dicen que lo que a los españoles les hace tan alegres es la luz del sol y, aparentemente, existe una explicación científica para aquellos que sufren SAD, y es que mejoran cuando se tratan con dosis de luz. Se sabe que los doctores prescriben vacaciones en la Costa del Sol, ¡lo cual suena como una fantástica razón para quejarse al médico de que te sientes deprimido!” (*Sur in English*, 10-16/02/2006).

<sup>350</sup> El *disease mongering* o promoción de enfermedades es una explotación oportunista tanto de la ansiedad social ante la enfermedad y de la fe en los avances científicos. Las compañías farmacéuticas no son las únicas responsables, sino que tienen a periodistas, a grupos de doctores y de pacientes como aliados que promueven sus ideas al resto de la sociedad y a los políticos utilizando los medios de masas para ofrecer una única visión de los problemas de salud como en el caso del síndrome de hiperactividad (Moynihan and Henry, 2006). Véase la web de denuncia [www.naturalnews.com](http://www.naturalnews.com).

## Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad

El SAD es un ejemplo más de la medicalización de procesos sociales como la migración o el bienestar, pero en la que no sólo participa la biomedicina, sino el sector inmobiliario y la industria farmacéutica, en tanto que promotores y beneficiarios de la migración de jubilados. Los medios de comunicación extienden el discurso de la medicalización y, en connivencia de unos con otros, se generan necesidades que ya tienen el remedio preparado, un remedio que el capitalismo pasa por el consumo.

### *The Costa Blanca Effect*<sup>351</sup>

El psicoterapeuta colaborador del periódico *The Weekly Post*, mencionado con anterioridad, nos va a guiar por el siguiente síndrome: *The Costa Blanca Effect*. Una entidad nosológica de cuño propio a la que dedicó cuatro artículos<sup>352</sup> tratando de visibilizar y dar coherencia explicativa a los síntomas depresivos que llevan a que haya jubilados extranjeros en la Costa Blanca que necesitan psicoterapia. “¿Qué sucede cuando nos sentimos deprimidos, sin energías ni dirección, estancados y no hay aparentemente ninguna causa precisa?” se preguntaba a sí mismo y a quienes como él han venido a la Costa Blanca con el fin de disfrutar de una mejor calidad de vida en un contexto aparentemente más favorable, y en donde la tristeza no es sino una nota disonante:

*“We have arrived for our new life in Spain. It is sunny, it is warm, the wine is good and a bargain compared with prices at home. Furthermore, we haven’t come here merely to escape things that weren’t right for us at home, we have actively chosen to come and live here in the sun, and we enjoy the excitement of new people and places and of “adopting” a different life-style. However depression and inertia still sets in for some of us. Why?”*<sup>353</sup>

Para él podría tratarse del *Costa Blanca Effect*, un tipo de depresión resultado de las pérdidas que viven al instalarse en la Costa Blanca, enmascaradas inicialmente por la emoción ante la novedad. En base a su experiencia como psicoterapeuta en la zona, relataba que los síntomas pueden aparecer entre los seis y los dieciocho meses después de adoptado el nuevo estilo de vida, cuando a pesar del sol, de la calidez y de la alegría por la nueva gente y los nuevos lugares, asoma un aletargamiento inesperado y una inexplicable desmotivación.

---

<sup>351</sup> “El efecto Costa Blanca”.

<sup>352</sup> Los artículos están colgados en su página web: [www.onthecouchwithsteve.com](http://www.onthecouchwithsteve.com)

<sup>353</sup> “Acabamos de llegar a España para empezar una nueva vida. Es soleado, cálido, el vino es excelente y un chollo comparado con los precios de allí. Y aún hay más, no hemos venido aquí para escapar de las cosas que no nos gustaban, hemos elegido venir aquí y vivir en el sol, y disfrutar la alegría de conocer gente y lugares nuevos y adoptar un estilo de vida diferente. Sin embargo, la depresión y la inercia todavía se asienta en algunos de nosotros. ¿Por qué?”

Según Ashley, dejar Holanda, el Reino Unido, Dinamarca o cualquier lugar al que llamemos casa, supone grandes cambios en quienes somos, en nuestra independencia, en nuestra habilidad para resolver cosas. Se hacen preparativos materiales, se lee para adaptarse mejor a la nueva vida, algunos estudian español antes de venir, pero él considera que no se repara en el impacto emocional y psicológico que tal cambio va a producir en sus vidas, aunque sea un cambio llevado a cabo por propia voluntad. La gente no se permite reconocer el impacto de dejar su casa, su trabajo, a menudo su familia, amigos, la comunidad y, significativamente, la lengua. La pérdida de agencia para solventar cosas del día a día que antes se resolvían fácilmente, es una de las mayores dificultades con las que se encuentran, es una inversión mayor de tiempo y energías que les agota. Para Ashley es como una regresión, como si de un día para otro se convirtieran de nuevo en niños, dependientes de los demás para cosas básicas, y teniendo que guiarse por los dibujos para saber qué hay dentro de cada producto de alimentación. De no superarse el duelo por las pérdidas personales, materiales y culturales es cuando el *Costa Blanca Effect* haría su aparición, acentuándose sus síntomas si se da el caso de que el otro miembro de la pareja estaba menos de acuerdo en la decisión de migrar a España. Para superarlo, de modo que sólo sea una fase temporal, el autor recomienda aceptar lo que sucede y reflexionar en cómo se ha desarrollado todo. Básicamente habla de superar el duelo y las aflicciones, de reconocer, afrontar y planificar actividades para los días. Advierte que la tristeza a veces se reemplaza compensándola con alcohol. Sólo en caso de que persista recomienda la psicoterapia.

El *Costa Blanca Effect* sería una suerte de síndrome de Ulises, una versión más acomodada en el seno de una migración a la carta. En ambos síndromes se plantean los efectos negativos que el cambio de contexto sociocultural produce, tanto por la pérdida de un contexto cultural relevante como por el enfrentamiento con otro novedoso. Pero las etiquetas psicopatológicas que sirven para designar y clasificar no siempre tienen las mismas consecuencias, sino que dependen del marco explicativo en el que se planteen y a quiénes vayan dirigidas.

Va a hacer unos diez años que en la literatura sobre migraciones y salud apareció el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, también llamado síndrome de Ulises (Achtogui, 2000). A pesar del nombre y de su modelo explicativo para la comprensión de los malestares de la inmigración,<sup>354</sup> en su desarrollo se refiere únicamente a migrantes que se han visto de algún modo impelidos a migrar por

---

<sup>354</sup> La intención expresada por Achtogui era la aplicación de la perspectiva psicológica y psiquiátrica para introducir elementos de racionalidad para la comprensión psicológica del hecho migratorio y de los aspectos psicopatológicos y psicosociales vinculados a él (Achtogui, 2000:83).

*Capítulo 7. De los cronotopos de bienestar a las retóricas biomédicas sobre la movilidad*

razones económicas y/o políticas. En el síndrome de Ulises quien da nombre al malestar pertenece a la sociedad de destino y es quien ocupa una posición hegemónica, por lo que se corre el riesgo de que se utilice como una interpretación biomédica sobre los problemas de los inmigrantes. Un mecanismo institucionalizado de producción de personas “inmigrantes” como colectivo “patologizado” cuya subjetividad estaría, de algún modo, en situación de vulnerabilidad (Romero, 2006:277).<sup>355</sup>

El síndrome de Ulises puede ser un marco explicativo para reconocer los conflictos que en muchos casos provocan determinadas situaciones de trauma y tensión por el proceso de desplazamiento y, sobre todo, por el de adaptación a un espacio a menudo hostil. Los riesgos de asociarlo a un síndrome residen sobre todo en su abuso, en crear una dependencia interpretativa de los procesos de duelo que acabe medicalizando a determinados actores sociales y a configurarlos como grupos de riesgo, individualizando los conflictos sociales y las condiciones materiales precarias en según qué migrantes. En el ámbito médico se ha desarrollado una retórica de corte psiquiátrico sobre los trastornos que pueden sufrir los inmigrantes. Los inmigrantes suelen ser caracterizados como grupo de riesgo para enfermedades mentales generales como el estrés, la ansiedad o la depresión, y se defiende que esta situación se debe, aunque no de manera exclusiva, al debilitamiento y pérdida de sus redes sociales primarias con el proceso migratorio (Meñaca, 2007:168). Pero ni la migración viene siempre acompañada de duelo, ni el duelo es suficiente para explicar los malestares tras una migración. De hecho, uno de los lugares comunes en la literatura sobre migraciones que es utilizado en los análisis de salud, es la añoranza del origen o “*sickhome*”. Un rasgo que sin embargo no se aplica al sentir de muchos inmigrantes de retiro, quienes en un número considerable no quieren volver a sus países de origen (O'Reilly, 2000). Si Ulises se ve obligado a vagar por el Mediterráneo sin poder regresar a Ítaca, metáfora del hogar y de la tierra prometida, en la inmigración de retiro no siempre se quiere regresar, porque la tierra prometida está justamente ubicada en el destino, en el Mediterráneo. Y hay quienes regresan voluntariamente defraudados por una promesa no cumplida, por crisis relacionadas con la enfermedad y la muerte, o por

---

<sup>355</sup> El Síndrome de Ulises ha recibido muchas críticas que básicamente señalan su carácter regulatorio y patologizador de una situación social. Para Meñaca (2007:167-173) bajo este síndrome los inmigrantes quedan presentados como víctimas en destino y como culpables en origen. En el primer caso por su vulnerabilidad y en el segundo por el abandono de sus familias, convirtiéndose tanto ellos como sus hijos en objeto de exámenes psicológicos y programas específicos. Según Paz Guarderas y Marisela Montenegro (2005:11; en Romero, 2006:278) con esta clasificación los problemas y conflictos sociales propios del proceso de desplazamiento, desenraizamiento y re-enraizamiento, de mantenimiento de una familia transnacional, o problemas derivados de una situación jurídica, laboral y social inestable, se presentan como una responsabilidad de la que el individuo es completamente responsable. El riesgo que se corre con este tipo de etiquetas es que la identidad y subjetividad se deriva de forma exclusiva de su condición ‘inmigrante’, que se constituye como el elemento fundamental en la configuración de la identidad, y por ende, como causa de todos los padecimientos que pueda experimentar (Guarderas, 2005: 63; en Romero: 2007:278).

las dificultades para vivir aquí.

Ante procesos migratorios con síntomas similares constatamos distintas voces y retóricas. En el síndrome de Ulises y en el SAD la biomedicina actúa como instrumento creando etiquetas e identidades, pero en unos casos su definición puede ser utilizada para el control y en otras puede ser utilizada para sustentar unas prácticas turísticas. La comparación permite observar cómo los parámetros para describir a unos migrantes u otros son distintos, cómo los horizontes vitales son contemplados desde marcos diferentes de significado, lo que hace que en unos casos los síntomas se relativicen más y se incorporen a situaciones vitales posibles y a emociones legítimas como la tristeza. Según qué modelos se utilicen para qué actores se les encamina hacia unos recursos institucionales o hacia otros.

El desafío de la inmigración de retiro a España no es el de las oportunidades laborales sino el de las oportunidades post-laborales, las que permiten vivir lo mejor posible según lo que se dispone y según unas expectativas concretas en un momento del curso vital. España no es un lugar meramente de ocio y entretenimiento sino una alternativa postjubilatoria, un estilo de vida con sello de garantía de salud, bienestar y longevidad. La migración de retiro hacia España es una vía de acceso a una nueva corporalidad. En el seno de sus motivaciones hay una búsqueda de mayor bienestar a partir de una vida en un entorno más soleado, barato, tranquilo, seguro y acogedor. La retórica del clima, en sus distintos discursos sociales, médicos, mercantiles, acompaña unas motivaciones que tienen un ligamen básicamente social y cultural, el medio de expresión de una identidad más positiva cuando los individuos se adentran en el estatus de la vejez. Un tema estrechamente ligado a la noción y a la vivencia de la salud, que vamos a abordar en el próximo capítulo.

## **8. Extranjeros en la vejez**

Al inicio de mi trabajo de campo, la migración de retiro a España se me antojaba, en una analogía demasiado simple, como la ruta que los elefantes emprenden cuando presienten que van a morir. Según cuentan algunas tradiciones africanas, estos animales abandonan la manada y, guiados por el instinto, se dirigen al lugar en donde ya reposan las osamentas de sus ancestros para dormir su último sueño. En mi particular metáfora de la migración de retiro, ese lugar era España. Conforme avanzaba, me di cuenta de que dicha imagen estaba sesgada por el desconocimiento, el adultocentrismo y las representaciones sociales hegemónicas sobre la vejez. En ella había proyectado una visión épica del retiro al sol como fase de los adioses, como la etapa vital del cierre. Sin embargo, las personas jubiladas no vienen en premonición de muerte sino en presunción de vida. El destino migratorio es el escenario de búsqueda de su lugar en el mundo, en ese magma de liminalidad social que recorre el tiempo entre la jubilación y la muerte.

Siguiendo el mismo eje interpretativo, en ocasiones la migración de retiro es formulada como una movilidad protagonizada por personas de edad avanzada cuyo objetivo es pasar su vejez en España, siendo precisamente su envejecimiento el que provoca problemas en los enclaves de destino. Si bien esta afirmación parte de hechos constatables, cabría ser matizada por los apriorismos que lleva implícitos y por las lecturas sesgadas que de ella se derivan. Por un lado, la edad, el envejecimiento y la vejez se utilizan como sinónimos. Por otro, en el marco explicativo desde el que se enuncia, se asume que el envejecimiento es un proceso sólo reseñable para ciertas edades, al tiempo que se presume que a ciertas edades, el paso del tiempo es en sí mismo un objetivo y un problema.

El envejecimiento es una cualidad intrínseca a la existencia, un devenir temporal inherente a toda vida, pero tendemos a desplazar esta premisa de temporalidad a los segmentos etarios tardíos. El lenguaje tanto refleja como crea realidades y, en este caso, la lengua española incorpora y reproduce este desplazamiento. La palabra “envejecer” alberga la de “vejez”, lo que colabora en que alienemos esta dimensión cronológica de la vida sólo a quienes se adentran en ciertas edades. Así hacemos mutaciones de sentido considerando que en determinados tramos vitales, como la edad adulta, las personas *viven*; mientras que en otros, como la tercera edad, *envejecen*. Otra de las particularidades lingüísticas que tanto influye como refleja nuestra manera de concebir nuestra identidad temporal, es que distinguimos entre la *edad individual* y la *edad social*. La primera se enuncia como cualidad del *tener*, y la segunda del *ser*: Se tiene ochenta y cinco años pero se es vieja. En cambio, en la lengua inglesa el término utilizado para significar el envejecimiento es “*ageing*”, del sustantivo “*age*”, que significa edad. Su traducción literal al castellano podría ser “edadeando”, dado que no disponemos de ninguna categoría que se haga corresponder con este término, es decir, que denote el tiempo transcurrido sin que implique la palabra vejez. Los términos más cercanos a su sentido serían el de “adquirir edad” o “añejar” (Hidalgo, 1993). La condición transitoria de “*ageing*” ni se corresponde a una edad ni se asume a ningún estadio vital, por el contrario, refiere al proceso acumulativo que consiste en el avance en años como lo propio del ser. En lengua inglesa también se hacen distinciones para expresar el paso del tiempo en según qué tramos etarios<sup>356</sup> y es cierto que el término “*ageing*” se usa más para denotar ciertas edades, sin embargo es más inclusivo y permite captar mejor la expresión temporal de la vida como seres transetarios que somos.

Tanto la edad, el envejecimiento, como la vejez tienden a concebirse desde la biología, pero estas tres son categorías de sentido imbuidas de consideraciones sociales y culturales reflejo de la propia organización social en la que se inscriben. La edad funciona como marcador social, la vejez refiere a una etapa cuyo estatuto se deriva y define a partir de la “institucionalización del curso vital” (Kohli and Meyer, 1986; Dannefer and Miklowski, 2006), mientras que el envejecimiento remite a un proceso multidimensional más global. El envejecimiento no es una trayectoria homogénea. Ha dejado de ser entendible en términos de experiencia común o totalizadora, para convertirse en una entidad compleja y diversa que es vivida desde una gran variedad de perspectivas, y es expresada de múltiples maneras según diferentes momentos de la vida de las personas (Gilleard and Higgs, 2000). Una vivencia flexible y cambiante que

---

<sup>356</sup> Algunos de estos términos son: *to grow old, to grow up, to come on age, to mature, to get older*.

se construye desde la interacción entre el cuerpo, el yo y la sociedad.

Las distintas formas sociales de envejecimiento y las imágenes de la vejez existentes en cada sociedad, nos muestran cómo los entornos sociales y culturales tienen un profundo impacto en cómo se aprecia y se experimenta el envejecimiento. En el caso de la inmigración de retiro hacia España, la edad -como variable de los sujetos que migran-, el envejecimiento -como coyuntura demográfica trasladada a las sociedades de destino-, y sus formas culturales de vivir en la vejez, son algunas de las características que más se resaltan desde los discursos autóctonos. Unas manifestaciones en las que se deslizan algunos de los presupuestos anteriores sobre las personas mayores, y en las que podemos intuir qué es lo que hace extranjeros a los jubilados europeos. Su “otredad” no sólo se deriva de su nacionalidad, sino que su edad y sus estilos de vida son lo que acentúa el extrañamiento social que se produce en las sociedades de destino. La vejez discordante es lo que les hace extraños y extranjeros en España.<sup>357</sup>

El envejecimiento es un discurrir, un proceso social y cultural plural, no una actividad ni un objetivo migratorio en sí mismo. Por ello, decir que vienen a envejecer o a pasar su vejez al sol no deja de ser una mirada *etic*, una lectura ajena a las aspiraciones de sus protagonistas. El envejecimiento no es una vía compulsoria y uniforme carente de desafíos. Por el contrario, los discursos y experiencias de las personas que migran remiten más a la idea de rejuvenecer, o al menos, a la de envejecer en mejores condiciones. La migración es la vía simbólica y material por la cual se afirman en otra forma de vivir la jubilación y el envejecimiento. Un cambio de contexto que no puede ser aislado de las expectativas de salud y bienestar que se esperan colmar en él. Donde la elección de cómo envejecer se materializa en la elección de dónde envejecer, y el cuerpo se convierte en el escenario individual, social y político desde donde las imágenes negativas del envejecimiento son contestadas. En España tientan nuevas identidades y prácticas de edad porque sienten que es el entorno que les permite desarticular el canon social de la vejez.

Del mismo modo que hacíamos en el capítulo anterior con la salud, en este apartado vamos a indagar en cómo la experiencia migratoria y el nuevo entorno social y material influye en sus subjetividades, así como en la forma en la que el envejecimiento modula este tipo de migración. Trataremos de explorar cómo influyen las representaciones sociales sobre la vejez en sus elecciones, de qué manera reinterpretan sus cambios corporales, y cómo estas realidades sociales y encarnadas

---

<sup>357</sup> Como afirma Simone de Beauvoir, “la vejez es particularmente difícil de asumir porque siempre la habíamos considerado como una especie extranjera” (1983:340).



interactúan con la movilidad y el lugar de destino. Es preciso matizar que en este abordaje no se pretende presentar el envejecimiento como un tema más a sumar, sino como un eje que cruza su experiencia social e individual, y que añade elementos característicos que no se dan en otras migraciones llevadas a cabo en distintas edades. Para un entendimiento de esta migración y de las respuestas que genera hay que conocer las vivencias y expectativas sobre el envejecimiento, y para conocer el envejecimiento hay que mirar al cuerpo, la identidad y la ciudadanía (Gilleard and Higgs, 2000). Observar estos procesos desde un contexto migratorio nos va a permitir ver cómo el envejecimiento es moldeado, reformulado y contrastado en diferentes marcos culturales.

### **8.1. Las generaciones de la movilidad**

Cada generación entra en la vejez habiendo seguido unas trayectorias particulares que están fuertemente condicionadas por los contextos sociales e históricos. Y tanto el curso vital como los contextos sociales influyen en la duración y la calidad de vida de la jubilación de cada persona (Cribier, 2005:649). En tan solo una generación, los cambios sociales han modificado ostensiblemente las experiencias y expectativas de las vidas de muchos de los actuales jubilados. Tienen mayores ingresos disponibles que generaciones anteriores y disfrutan de un mayor bienestar. La edad variable de jubilación, sujeta a factores económicos, ha hecho que cada vez se viva más tiempo como jubilados y que ese tiempo sea planteado, como sucede en la inmigración de retiro, desde otras perspectivas vitales. Unas diferencias generacionales que se vislumbran en las comparaciones que hacen con sus padres y madres, tanto en expectativas de salud como de movilidad.

Lisa es de las que crecieron pensando que la extensión de su vida tendría el límite que tuvo la de sus progenitores. Su padre falleció de cáncer cuando tenía cuarenta y cuatro años, y su madre cuando tenía sesenta y tres por problemas de corazón. A pesar de que ambos fumaban sesenta cigarrillos al día y ella no es fumadora, siempre le invadió el mismo desasosiego. Pero el sino familiar no se ha cumplido. A sus sesenta y seis años ya ha cruzado el umbral de esperanza de vida de su ascendencia. No es muy optimista con su salud ni considera que España haga milagros, pero sí cree que le da calidad a los años.

A Steve lo que le preocupa no es tanto la esperanza de vida como las expectativas de vida. Él lo que quería superar al venir a España era el umbral cultural jubilatorio que conocía de sus antecesores:

*“When I was a younger man I always said that having watched my uncles and other friends going into the public houses, you know, 60 years of age, all sat there drinking beer, playing dominoes, betting on horses, smoking cigarettes; and I thought I do not want to be like that. I don’t want to grow up and retire into that kind of situation. I think there’s more to life”.*<sup>358</sup>

Steve quiere para sí un horizonte postjubilatorio distinto al de su memoria, de la que resalta imágenes de pasividad y de hábitos considerados como nocivos. Unos estilos de vida antagónicos con las propuestas de salud y actividad que hoy en día se promueven desde distintas instancias.

Las diferencias generacionales son visibles tanto desde la comparación como desde la oposición. Unas han sido fruto de las transiciones sociales y otras de los enfrentamientos intergeneracionales, como el que Judith tuvo con su padre. Él no estaba muy de acuerdo en que ella marchara a España. Su razón es que era demasiado mayor. Judith no se plegó al criterio de su padre porque consideró que su negativa era una cuestión de falta de comprensión generacional. Retrocediendo en años, sabe que con sus cincuenta y siete años, y especialmente con los setenta y dos años de su pareja, su condición física y su consideración social sería distinta: *“At our age we would be really old people. We’d be geriatrics, wouldn’t we?”*<sup>359</sup> Cree que su generación es más activa, está más sana y es más longeva, lo que asimismo ha supuesto un cambio en las expectativas de quienes llegan a determinadas edades.

En el caso de Brenda y Ronald no hubo oposición, sino que fueron ellos mismos quienes conscientes de las diferentes oportunidades generacionales, animaron al padre de ella a acompañarles a España. Mientras que Brenda tenía una amplia trayectoria de movilidad, pues a los veintiún años se marchó de Inglaterra para vivir en Ghana, después en Nigeria, y por último en Sierra Leona; para su padre era la primera vez que viajaba al extranjero. En la casa de la sierra le prepararon la habitación de la planta superior. Desde ella, todas las mañanas salía al balcón a gustar del sol. Decía sentirse en el paraíso. Pero su paraíso terrenal sólo duró dos meses. Falleció la víspera de Nochevieja tras unas navidades rodeado de su hija, su yerno y sus nietos. Brenda recordaba cómo su padre se lamentaba de no haber podido vivir antes esta experiencia de retiro con la compañía de su pareja:

---

<sup>358</sup> “Cuando era joven siempre dije que el haber visto a mis tíos y otros amigos ir a residencias, ya sabes, cumplidos los sesenta, y verlos a todos sentados bebiendo cerveza, jugando al dominó, apostando a los caballos, fumando, me hizo pensar que no quería terminar así. No quiero hacerme mayor y jubilarme para estar así. Creo que hay muchas más cosas en la vida”.

<sup>359</sup> “A nuestra edad seríamos realmente mayores. Probablemente estaríamos en el geriátrico”.

*“He wished he’d done it 40 years ago with my mother. But of course things were different then. And he said that it was the best eight weeks of his entire life when he lived here. To wake up and see the sun every morning, to hear the birds, to look out at the ‘campo’ and he wished that he’d always done it. But at 94 he had nobody to tell because there was nobody left alive of his generation”.*<sup>360</sup>

Han sido tantos los cambios en una generación, que incluso algunos tampoco se imaginaban a sí mismos disfrutando de su actual calidad de vida, pudiendo viajar y envejeciendo fuera de las fronteras de su país. El bienestar actual de los jubilados ha producido una redefinición de la vejez. Han cambiado las aspiraciones individuales pero también la estructura social, las relaciones económicas y las políticas sociales que determinan las condiciones materiales de vida tras la jubilación. Unos avances que han posibilitado nuevas expresiones postjubilatorias de las que la movilidad que nos ocupa es un ejemplo. Por ello, quienes se han desplazado a un país extranjero con el fin de mejorar su calidad de vida pueden ser considerados, al menos en términos generacionales, como pioneros (Warnes and Williams, 2006).

A pesar de los cambios, la jubilación y la vejez siguen siendo representadas en las sociedades capitalistas, más como un espacio de la ex-identificación (a partir de vínculos sociales y laborales) que de la identidad. La mirada homogéneizadora hacia las personas mayores y la minusvaloración de sus aspiraciones, produce disonancias en quienes han elegido migrar tras la jubilación, y en quienes tienen formas de vivir que se sustentan en parámetros identitarios distintos a los contenidos en la semántica de la vejez. La vejez ha sido definida como un periodo vital de exclusión, marginalización e institucionalización, por lo que resulta difícilmente desafiante. Sin embargo, el envejecimiento es un proceso plástico y flexible, en tanto que forma parte del curso vital de hombres y mujeres en nuestra sociedad (Gilleard y Higgs, 2000).

---

<sup>360</sup> “Hubiera deseado haberlo hecho con mi madre hace cuarenta años. Pero claro, las cosas eran diferentes entonces. Nos dijo que cuando vivió aquí fueron las mejores ocho semanas de toda su vida. Levantarse y ver el sol todas las mañanas, escuchar los pájaros, ver el campo; deseaba poder hacerlo siempre. Pero con noventa y cuatro años ya no tenía nadie a quien contárselo porque no quedaba nadie vivo de su generación”.

## 8.2. Mudanzas a España, territorio longevo

Los efectos de estar aquí repercuten en la salud y en la propia concepción de la edad. Los cambios habituales que señalan remiten al peso, al color de la piel y a las diferencias en la somatización de sus malestares. Son cuerpos cuentan que aquí no se sienten encogidos por el frío, anquilosados por la vida doméstica; cuerpos morenos, saludables, que visten ropas holgadas de verano durante gran parte del año. A Cooper le gusta lo que ve cuando se mira al espejo. Se ve más moreno, y no tiene duda de que su expresión es más feliz, más relajada. Cree que el clima ha colaborado mucho en ello:

*“Have you been in England at all, in winter? November, well I have not worn, to try to answer your question, I have not worn this for well over a year, 18 months, the sort of coat that I would wear in England to keep warm. And I think when you’re cold you feel a bit different and your expression changes. You crease your face because of the cold. I think Grace in winter in England, even on a lovely day like this; you can have days like this in England but it is be cold. Her eyes would water, we’d wrap up”.*<sup>361</sup>

El clima cálido permite una corporalidad más libre, un gesto más relajado. Relatan sentirse más sanos, los resfriados y gripes han remitido, los dolores musculares han mejorado. Dedicar más tiempo y atención a su cuerpo, lo que se resume en estar en forma, tanto física como mentalmente. Un autocuidado que utiliza los recursos disponibles para ir sorteando obstáculos del envejecimiento que se interponen en su proyecto migratorio y vital.

Paul está convencido que el clima no basta para animar a migrar a España. Para él, el impulso nace del sentido de aventura que algunas personas mayores como él poseen. Desde Gales se marchó solo a España, país que no conocía, y donde lleva unos veinte años. Un tiempo en el que ha cambiado dos veces de residencia, ha conocido a Lisa, su pareja, y ha ido lidiando con las dificultades de movilidad que su cadera le va imponiendo. En su aventura no traga millas vestido en cuero sino que, a sus ochenta y dos años, su desafío es recorrer a diario las pequeñas distancias cotidianas que separan su casa del supermercado o del consultorio médico montado en su *electric scooter*, en camiseta de manga corta y bermudas.

Steve comparte la misma opinión que Paul. No todos los que pueden migrar en la jubilación lo hacen, porque no todos tienen ese impulso de búsqueda de algo mejor:

---

<sup>361</sup> “¿Has estado alguna vez en Inglaterra en invierno? Noviembre, bueno no me he puesto esto, para contestarte a la pregunta, no me he puesto esto durante más de un año, dieciocho meses, la clase de abrigo que llevaría puesto en Inglaterra para no pasar frío. Pienso que cuando sientes frío te sientes diferente y tu expresión cambia. Arrugas la cara porque hace frío. Yo creo que Grace... en Inglaterra, en invierno, incluso en un día tan maravilloso como el de hoy, porque se pueden tener días así pero haría frío, sus ojos llorarían por el frío, nos taparíamos del todo”.

*“Most of my friends would never dream of severing their roots in England and coming to live in Spain, they thought I was crazy. But I think you have to have that spirit of adventure and look for something that you consider is better and will sustain you more, not just physically but psychologically as well and mentally, to get yourself physically and mentally fit so you’ve got something to aim for and determined you’re going to do better”.*<sup>362</sup>

Migrar no es sólo una vía para acceder a un contexto específico de bienestar, sino que se convierte en sí misma en expresión de identidad individual y colectiva. Una manera diferente de entender la vejez que les inviste de un talante distintivo como aventureros y descubridores frente al resto de su generación, aunque haya quienes, por el contrario, les ven aventurados e insensatos. Para quienes residen de forma permanente, España no son sólo unas largas vacaciones, sino un abordaje del tiempo jubilatorio desde su reinención como la transición a una nueva vida (Hockey and James, 2003:102; en Oliver, 2007).

Steve siente que la migración le ha revigorizado. Valora el nuevo contexto en tanto posee los ingredientes fundamentales que le permiten mantenerse activo, alejar el estigma del envejecimiento o, al menos, congelar temporalmente sus imágenes y sensaciones. Las posibilidades actuales de actividad, involucración social y planificación no sólo le reportan salud sino que alejan los malos augurios de enfermedad que se asocia a la vejez:

*“Our perspective was much stronger in England of being old and being looked after than what it is here in Spain. Because here in Spain I think we’ve been reinvigorated by the adventure of moving to Spain and adapting to the lifestyle, trying to learn the language and becoming more involved as we gradually get more confident. And that keeps you healthy and occupied, whereas if you’re at home and you’re sat in your little niche, your little corner that you’ve made for yourself over the last 40 years, then you can get buried in what’s going to happen in ten years time. We’re thinking about what’s going to happen next week. Shall we go swimming to Archena or we better go to the solicitor to get our certificate of habitation. We’re planning things that you have to do in Spain and thinking about things so we’re occupied and you tend not to think what happens when you do become infirm”.*<sup>363</sup>

---

<sup>362</sup> “Muchos de nuestros amigos nunca pensarían en cortar sus raíces inglesas para venir a vivir a España, ellos pensaron de mí que estaba loco. Pero creo que tienes que tener espíritu de aventura y buscar algo que consideres mejor y que te va a mantener mejor, no sólo físicamente sino también psicológicamente y mentalmente, el hecho de ponerte en forma física y psicológica para tener algo por lo que luchar y pensar que vas a estar mejor”.

<sup>363</sup> “En Inglaterra nuestra idea sobre hacernos mayores y tener que buscar alguien que nos cuidara era mucho más fuerte que aquí en España. Porque aquí, en España, creo que nos ha revigorizado la aventura de venir a vivir a España y adoptar un nuevo estilo de vida, de intentar aprender el idioma e involucrarnos poco al mismo tiempo nos sentimos más seguros. Y esto te mantiene más sano y ocupado, mientras que allí te sientas en tu pequeño hueco, en el pequeño rincón que te hiciste durante cuarenta años y entonces te entierran en lo que van a ser los siguientes 10 años de tu vida. Ahora pensamos en lo que va a ocurrir la semana que viene. ¿Nos vamos a bañarnos a Archena o mejor vamos al abogado para conseguir la cédula de habitabilidad? Planeamos cosas que tenemos que hacer en España y pensando en esto nos mantenemos ocupados y así tendemos a no pensar en qué pasará cuando no estemos tan bien”.

Para Steve, las prisas, la estrechez y la inercia quedaron atrás al igual que también lo hicieron las conversaciones sobre la vejez y la dependencia. Antes de venir a España, estuvo acompañando a su madre, aquejada de demencia, durante su ingreso en una residencia hasta su fallecimiento a los noventa y tres años. Ese tiempo le hizo ser “consciente” de lo que supone tener que ser cuidado por la sociedad. Una realidad antes presente cotidianamente y que ahora, entre sus amistades de retirados en Alicante, es un tema de conversación que prefieren esquivar. Han venido a España para disfrutar un mayor bienestar. Hablar de vejez y de necesidad de cuidados es como ensombrecer la apuesta del presente, trasladarles a un futuro que es visto como un surco de pérdidas y dependencias:

*“Getting older... for me, I don't like it. Nobody does, because you feel that you are less able, less able physically and you're less involved as well with society. When you are at work you have a wider circle of involvement, whereas when you are retired you have family and friends. Unless you're involved in something, we were when we were the neighbourhood watch agents; we were involved in that. That was very enjoyable because it was successful. If it hadn't have been successful it wouldn't have been enjoyable. It would probably have been a nightmare. So at work you have a bigger involvement and a more diverse social contact. You have this much wider circle of involvement with society. When you retire it shrinks, and as you get older and you become less able it shrinks even more. Although I don't think I'm in any condition where it has a major effect on me psychologically, I certainly think that's what I'm facing as I get older. You become more dependent on other people. You're not as independent and able to do the things for yourself that you were when you were younger. You begin to rely on other people instead of other people relying on you”.*<sup>364</sup>

La vejez como tema se evita, al igual que sus imágenes se rechazan. Una de sus estampas sociales es la concentración de personas mayores en un lugar, por lo que hay a quienes no les suele gustar estar rodeados de personas de su misma edad (Thompson et al. 1991; en Oliver, 2007:103). Cooper y Grace reconocen que se podrían haber quedado en la localidad inglesa en donde residían porque afirman que era una buena ciudad para vivir y con buena reputación, pero tenía un problema: estaba poblada de mucha gente mayor. Le daba un carácter vetusto al lugar que no era de su agrado. Ellos, con setenta y dos años, saben que también son mayores, y quizás por su propia edad sentían que ese ambiente les deprimía. Puede que les devolviera una imagen de sí mismos en la que no deseaban verse reflejados. No querían formar parte del cuerpo

---

<sup>364</sup> “Hacerse mayor... a mí no me gusta. No le gusta a nadie, porque te sientes menos hábil físicamente y menos involucrado en la sociedad. Cuando estás trabajando tienes un círculo más amplio, mientras que cuando te jubilas te quedan la familia y los amigos. A no ser que estés metido en algo. Nosotros lo estábamos cuando vigilábamos el vecindario. Lo disfrutamos mucho porque tuvimos bastante éxito. Si no, no lo hubiésemos pasado tan bien. Hubiese sido una pesadilla. Cuando trabajas participas más y tienes un contacto social más diverso. Tienes una mayor relación con la sociedad. Cuando te jubilas el círculo se hace más pequeño y, a medida que te haces mayor, te haces menos hábil y se empequeñece todavía más. Sin embargo, no creo que esto me esté afectando psicológicamente, simplemente pienso que esto es a lo que me voy a enfrentar cuando me haga mayor. Te vuelves más dependiente de otras personas. No eres tan independiente y capaz de hacer las cosas por ti mismo de la misma manera que cuando eras joven. Empiezas a depender de otras personas en vez de que éstas dependan de ti”.

social de la vejez, algo comprensible porque ni su imagen, ni su estatus se han construido como espacio social y encarnado de lo deseable. Aun así, no deja de ser paradójico que su opción fuera la de migrar a un contexto de retiro en donde la media de edad se corresponde a la asociada con la tercera edad.

Como suele suceder en enclaves de retiro, la urbanización donde viven Grace y Cooper tiene un alto porcentaje de extranjeros mayores. Sin embargo no les produce la misma sensación de incomodidad que en Inglaterra. Se les hace difícil de explicar. Les parece que la atmósfera que se respira en Alicante es distinta, es como si la edad no tuviera la relevancia que tiene en otros contextos. Principalmente se relacionan con otras parejas como ellos, entre las cuales ellos son los más mayores, en algunos casos incluso con diez años de diferencia. Tratan de restarle importancia a estas diferencias de edad pero, al mismo tiempo, se reconocen afortunados de poder relacionarse con gente más joven que ellos. Su relativización de la edad, especialmente de la propia, lejos de quitarle importancia, lo que hace es darle más relevancia. No quieren que sus años sean el único marcador social que les defina y defina sus relaciones sociales, aunque ellos mismos rechazan rodearse de vejez tanto a nivel relacional como simbólico. En estos discursos puede advertirse la necesidad que tienen de construirse desde otros parámetros identitarios. En Inglaterra, habrían sido unos jubilados más rodeados de otros tantos a las puertas de la llamada cuarta edad. Con su elección migratoria y su estrenado estilo de vida, giran las tornas de un destino identitario de lo que “son”, inferido por su cronología, para ser definidos por lo que hacen, propiciando así nuevas identificaciones con las que reflejan su manera de entender la vida y el envejecimiento.

La cultura de consumo ha transmitido la posibilidad de que la edad se puede modificar e incorporar a través del consumo. En este sentido, la migración a España se convierte en una elección anti-vejez que incluso tiene su impronta en el lenguaje. “*Spain gives you ten years more*”<sup>365</sup> o “*Spain put years on your life*”<sup>366</sup> son frases que repiten tanto los que acaban de llegar, como los que llevan más tiempo. Expresiones que confirman la extendida creencia de que España es fuente de longevidad y juventud. España guardaría cierto paralelismo con el mito de la fuente de la juventud, la que desafía las manillas del reloj biológico y convierte este proceso ineludible en maleable.<sup>367</sup> Se formula como creencia pero se vive como expectativa, la que espera una transfusión biopsicosocial que les inocule la salud y el vigor que promete el clima y su estilo de vida en España.

---

<sup>365</sup> “España te da diez años más”.

<sup>366</sup> “España pone años a tu vida”.

<sup>367</sup> La película *Cocoon* (Howard, 1985) es un ejemplo de este mito.

Josephine afirma que sin duda España te convierte diez años más joven, o al menos es lo que toda la gente solía decirle cada vez que regresaba de visita a Inglaterra hasta que se puso enferma, porque el influjo de longevidad tiene también fecha de caducidad: “*Oh yes, yes, without a doubt. Ten years younger true, ten years younger. I know I’ve been very ill but everybody used to say how young I was until I got ill*”.<sup>368</sup> Pero mientras las limitaciones llegan, las visitas a sus países de origen les sirven como catalizadores con los que testan los efectos de la migración. Resaltan los comentarios positivos de sus compatriotas en origen y las diferencias que ven al compararse con ellos. Quienes no han migrado se vuelven espejos en donde contrastar el envejecimiento in situ o allende sus orígenes, y a través de ellos buscan confirmarse en su elección de vivir en España.

Los flujos de retiro nos llevan a cuestionar si existen entornos en donde se puede vivir mejor a determinadas edades o, a la inversa, si hay entornos que no son habitables para ciertas edades al margen de la adultez. La *Environmental Gerontology* (Gerontología Medioambiental) se ha centrado en la descripción, explicación y modificación u optimización de la relación entre las personas mayores y sus entornos socioespaciales. En ella el entorno junto con otros factores es valorado en su contribución para una calidad de vida en la vejez (Wahl and Weisman, 2003). Tal y como ya vimos en capítulos anteriores, los entornos de retiro en España se viven como lugares con condiciones materiales y socioculturales de posibilidad, espacios donde poder llevar a cabo una transformación corporal que aproxime la fisura del yo que empieza a abrirse entre la edad que sienten y la que reciben del resto de la sociedad, o la que ven cuando se miran frente al espejo. Por lo que más que migrar, las jubiladas y jubilados mudan. Se mudan a la Costa Blanca porque al hacerlo también cambian de color de piel, de ropas, de ritmos, de actividades, de relaciones sociales. Y así, armados de proyectos de futuro, entretienen un presente en el que todavía no se sienten viejos. Una empresa no exenta de contradicciones pues su deseo de vivirse más allá de la edad, eje que cruza prácticamente todos sus discursos, tiene que confrontarse día a día con signos corporales y sociales que les recuerdan su edad y su posición social en el sistema de edades. Un proyecto de emancipación plagado de fallas y paradojas, que establece procesos de negociación social y reactualización identitaria, reajustes, procesos reflexivos y corporales, para mantener al margen la vejez y lograr una identidad estable y positiva.

---

<sup>368</sup> “Oh, sí, sin duda. De verdad, diez años más, diez años más joven. Sé que he estado muy enferma pero hasta que me puse enferma, todo el mundo solía decir lo joven que estaba”.



### *Mucho por vivir*

A cada edad, a cada etapa del curso vital según el contexto sociocultural se le hacen corresponder unas prácticas y unas imágenes corporales consonantes con las expectativas sociales. Las personas mayores que migran saben que sus opciones vitales y sus prácticas cotidianas no siempre son las esperadas para su edad, al igual que en el caso de las mujeres no lo son para su sexo. En el grupo de discusión con mujeres coincidieron en que sus vidas no respondían a lo esperado por la sociedad, si es que algo se esperaba de ellas:

Ann - *“I don’t think society actually has many expectations of us at all and if you spoke to most people they’d, you know, if a woman stops work she’ll just stay at home and watch the tele and look after the house and the garden and she might go down to the WI<sup>369</sup> meeting or something like that, and actually that’s not the reality. And she’ll look after the grandchildren and...”*

Mary - *“When one female of 70 or over decides to go and learn something new it’s headline news”.*

Grace - *“Yes. Why?”*

Ann - *“And yet out here...”*

Rose - *“¡We’re all brain dead after 70!”*

Ann - *“I’ve known ladies in their 80s out here who’ve started tap dancing and started Spanish lessons.”<sup>370</sup>*

Las alusiones a la quiebra de expectativas también se formulaban en términos culturales. Cuenta Elizabeth con asombro cómo un dependiente se quedó extrañado de que ella, a pesar de su edad y de estar jubilada, se dedicara a dar clases y escribir libros. Para Elizabeth, este comentario era muestra del contraste cultural, de que “en España cuando alcanzas una edad, parece que todo termina”.

Si los hombres suelen destacar más la experiencia migratoria en términos de aventura, las mujeres tienden a resaltarla desde su capacidad de aprendizaje y de seguir activas fuera del dominio doméstico. Porque no hay que olvidar que las tareas de mantenimiento doméstico y de cuidado siguen siendo parte de sus cometidos. Hay mujeres que nunca se jubilan del trabajo y de cuidar a los demás. La jubilación supone

---

<sup>369</sup> Siglas del “*Women Institute*” (Instituto de las mujeres). El primer encuentro del WI tuvo lugar en Canadá en el año 1897. En 1915, en plena guerra mundial, tuvo lugar la primera asamblea en el Reino Unido, país en el que esta institución tiene mucho arraigo. En sus inicios fue un movimiento de apoyo mutuo entre mujeres del ámbito rural, y víctimas de la guerra. Hoy en día tiene un papel fundamental de promoción educativa. Las mujeres del WI también tienen fama en todo el país por su cocina y han publicado numerosos libros de recetas que han pasado a ser clásicos.

<sup>370</sup> Ann - “No creo que la sociedad espere mucho de nosotras y, si hablaras con la mayoría de la gente, ya sabes, si una mujer deja de trabajar, simplemente se quedará en casa viendo la tele, cuidando de la casa y el jardín y puede que vaya a la WI reunión o algo por el estilo... pero eso no es real. Se quedaría cuidando de los nietos y ...”

Mary - “Cuando una mujer de setenta años o más decide aprender algo nuevo aparece en los titulares”.

Grace - “Sí, ¿por qué?”

Ann - “Y así y todo aquí...”

Rosa - “¡No nos queda ni una neurona después de los setenta!”

Ann - “Conozco señoras que a sus ochenta años empiezan a bailar flamenco y van a clases de español”.

disponer de más tiempo y la posibilidad de renegociar roles en la pareja, en el caso de quienes tienen, pero en ningún caso hay una jubilación de las tareas domésticas o una delegación completa al otro miembro de la pareja. Por ello Mary se queja de que el retiro a España no le ha liberado de las responsabilidades del hogar, y además, cada vez le cuestan más: *“It’s the same everywhere, I mean, that’s your life, you’ve got to work. It’s easier here because we have more time and we don’t have to do things. I’m not out and about quite as much as I was in England. But I’m also getting older and I’m getting tired”*.<sup>371</sup> Su marido sigue haciendo lo mismo que hacía en Inglaterra, por lo que para ella, en términos de tiempos y responsabilidades, la jubilación en España no ha supuesto un gran cambio. Además se queja de que él no valora suficientemente sus tareas: *“If Steve cooks a meal and he puts the plate down, it looks nice. If I cook the meal, I just put it out on the plate, but Steve it looks a bit like a work of art as well”*.<sup>372</sup>

En el caso de otras, como Jane, las tareas domésticas fueron materia de negociación con su pareja, y parte de los cambios que iban a emprender en sus vidas:

*“My husband can’t make beds, it’s terrible. He does do the hovering, I must admit. And he does all the cooking. He does all the cooking (laughs). He was, um... that was the agreement we made when we came out here. I said: ‘right, we move to Spain, you do all the cooking, I’ll do the rest’”*.<sup>373</sup>

Como ya hemos mencionado, el diferencial de precios entre el país de origen y su nuevo lugar de asentamiento, en particular en lo que refiere a los restaurantes, lleva a que salgan a comer fuera de casa más asiduamente. Esto tiene una repercusión de género inmediata en tanto que las mujeres encargadas de la tarea doméstica de cocinar se ven descargadas ocasionalmente de la misma, algo que muchas coincidieron en valorar.

Otra de las constantes de género son las historias del desafío, los relatos de mujeres mayores sobre otras mujeres mayores que subvierten lo socialmente esperado para ellas. Una de las historias es la que Mary cuenta sobre su hermana Carol, que se casó el año pasado con setenta y cinco años. Una mujer que tras enviudar retomó la relación con el que fue su primer novio en la escuela. Carol la ha convencido para que se instalen en Francia, donde ella había vivido tras la jubilación junto con su primer marido. Hace poco que él, con setenta y cinco años, y ella, con setenta y cuatro, se han casado. Mary disfruta viendo cómo pasean sus afectos, cómo se pasan el día

---

<sup>371</sup> “Es lo mismo en todas partes, quiero decir, es tu vida, tienes que trabajar. Es más fácil aquí porque tenemos más tiempo y no tenemos que hacer ciertas cosas. No salgo tanto como cuando vivía en Inglaterra. Pero también me voy haciendo mayor y me canso”.

<sup>372</sup> “Si Steve hace una comida y la coloca en el plato, tiene buena pinta y además parece un poco una obra de arte. Si yo hago una comida, yo sólo la saco en el plato”.

<sup>373</sup> “Mi marido no sabe hacer las camas, es terrible. Pasa la aspiradora, tengo que admitirlo, y hace la comida. Él es el que cocina (ríe). Ese fue el pacto que hicimos cuando vinimos aquí. Yo dije: ‘Vale, nos mudamos a España, pero tú cocinarás y yo haré el resto’”.

cogiéndose las manos y besándose. Admira el que su hermana no se dejara llevar por el abatimiento y se diera cuenta de que todavía quedaba “*a lot more to life*”.<sup>374</sup> Otra experiencia es la que Judith contaba de una señora inglesa de ochenta y dos años a la que acababa de conocer y de la que admiraba su valía. Su marido había fallecido recientemente, pero ella, a pesar de tener a su hija en Francia, había tomado la decisión de quedarse en España.

### 8.3. “*Jubilación*”: estilos de vivir, estilos de envejecer

La jubilación marca la salida de la esfera de la productividad, fuente de estatus y de identidad social en las sociedades capitalistas. El término “inactivos”, como en ocasiones se llama a quienes están fuera del mercado laboral, evidencia el carácter devaluado de esta posición. De los segmentos etarios “no productivos”, como las personas con grandes discapacidades o jubiladas, sólo los niños cuentan con imágenes positivas, ya que en un futuro próximo se insertarán en el ámbito de la producción. Sin embargo, el capitalismo tardío y su expresión en la mercantilización de bienes materiales e inmateriales, donde las necesidades primarias y secundarias, reales y creadas, se funden y confunden, han abierto una vía de participación social para las personas mayores a partir del consumo. Las personas mayores suelen ser consideradas como consumidoras de recursos, pero actualmente su situación económica les permite consumir otro tipo de bienes, por lo que se han convertido en un objetivo del mercado.

A través de su acceso a lugares, a experiencias y a estilos de vida, los migrantes reinventan la jubilación y, por extensión, el envejecimiento. En sus patrones de vida en España resuenan los postulados del modelo de envejecimiento activo, exitoso, positivo o productivo que ya describimos. Un estilo de vejez auspiciado por la OMS (1998, 2002), potenciado por la individualización de las responsabilidades de salud, apremiado desde la omnipresente cultura de la juventud y mercantilizado desde el capitalismo, que ha creado nuevas agendas culturales basadas en la elección y el consumo. Un ideal de envejecimiento en el que el cuerpo y la salud devienen centrales, y que se plasma en unas políticas que han pasado de responder a problemas particulares de las personas mayores, para definir en qué consiste envejecer bien (Biggs, 2006); una descripción estrechamente entrelazada con la prescripción (Hepworth, 1999). Un ideario en donde envejecimiento y vejez van más allá de su definición como estados biológicos objetivos, para convertirse en categorías morales socialmente construidas a partir de las cuales podemos rastrear los valores dominantes (Hepworth, 1995).

---

<sup>374</sup> “Mucho por lo que vivir”.

El envejecimiento positivo es deudor de las políticas de salud que han enfatizado nuevas formas de producir y mantener un cuerpo saludable y en forma a partir de cambios agrupados en estilos de vida (Menéndez, 1998). La diferencia es que éste modelo ha sido diseñado de manera exclusiva para determinadas edades. En particular, el envejecimiento positivo se plantea en unos términos concretos de salud y bienestar, como extensión de los ideales de juventud y vitalidad y como formas de combatir el declive y la enfermedad. En él, el “éxito” es medido en términos de salud social y psíquica, de funcionalidad y de bienestar emocional (Baltes and Baltes, 1990; en Hardon, 2001:110). Los estilos de vida diseñados para los mayores están encaminados a producir cuerpos sanos, funcionales, activos y capaces de ocio. Un modelo Occidental reflejo de los valores dominantes, que contrasta con el de otras sociedades no industriales, en donde no hay una definición programática y en donde los valores que se propugnan son otros.<sup>375</sup>

En los lugares de retiro, muchas personas mayores tratan de mantener su salud y, por ende, controlar su envejecimiento a través de la actividad, la exterioridad, los hábitos de consumo saludables, el ocio y la conexión social. El cuerpo se controla internamente y se moldea en su actividad y apariencia externa para responder así a los estándares programáticos. En este caso no se trata de cirugías en clínicas de estética para retrasar los signos del envejecimiento, sino de tecnologías performativas, discursivas e integrales cuyo escenario de transformación son las distintas localidades alicantinas de retiro. Allí disponen de las herramientas necesarias para adoptar los estilos de vida que propugna el modelo. El ámbito climático, social y cultural en el que desarrollan unas pautas de hábitos físicos, alimentarios y sociales indica que su decisión no sólo implica dónde envejecer, sino cómo envejecer.

Una de las expresiones con las que habitualmente valoran y expresan su estado corporal de manera positiva es la de “sentirse en forma”. Una locución que incorpora la idea conjunta de salud y funcionalidad como aspiración integral con la que alejar los indicativos de vejez. Uno de los principales medios de acceso a esta condición es la actividad física. Los paseos, nadar en la piscina o en el mar, pasear en bicicleta, jugar a la petanca o al golf son algunas de las actividades que llevan a cabo para “estar en forma”. Para Steve el entrenamiento físico es una rutina primordial. Pauta y regula los ejercicios como una manera de estar en forma, de prevenir problemas de salud y, en general, de contener los cambios corporales que se asocian al envejecimiento. Concibe el cuerpo como una máquina cuyas capacidades no quiere que mengüen, por ello

---

<sup>375</sup> Por ejemplo, en otros contextos culturales, envejecer bien depende del éxito en la vida anterior a la vejez, en lo que se ha sembrado, donde quienes han podido acumular suficiente capital material y social pueden tener la seguridad y el apoyo en la vejez (Fry et al. 1980).

planifica diariamente sus ejercicios:

*“If you don’t use it, you lose it. If you don’t exercise your muscles you will become weaker and less able. Exercise is an extremely important thing. So I’ve made it part of my life (...) I do exercises every morning, not absolutely every morning; I’ll have the odd day off where I won’t do any exercise because that’s important as well. But every morning I’ll do exercises in the bedroom before I come down stairs and have my breakfast. That’s my exercise and now as the warmer weather is on its way I will probably go on the solarium and have some small weights that I exercise with. So I generally keep my body in condition”.*<sup>376</sup>

En tanto que noción integral, “estar en forma” también implica el cuidado de la alimentación y la moderación o abandono de los hábitos del alcohol y tabaco. Como ya hemos visto en algunas narrativas, hay quienes destacan que han abandonado alimentos “ingléses” de su dieta y han incorporado otros “españoles”. No es sólo una condición individual, sino que adquiere una dimensión social y moral en términos de lo apropiado o no apropiado. Las prácticas son discursos sobre el estilo de vida elegido y el aprovechamiento de las oportunidades que brindan los lugares de retiro. Donde tan relevante es sentirse bien, como ser reconocido por la mirada ajena en adherencia a una determinada cultura física y simbólica de los que envejecen saludablemente. La edad se construye en interacción con los demás, por lo que con la exhibición pública del cuidado corporal, propia de la cultura posmoderna (Gilleard and Higgs, 2000:9), tratan de verificar el estilo de vida elegido.

Paul no puede hacer los mismos ejercicios que Steve, pero a menudo coge su *scooter* para que Lisa, su pareja, los haga. A él le sirve para la movilidad, y a ella, que le sigue medio corriendo, para mover el cuerpo. Dan una vuelta y vuelven a comer. Paul está muy orgulloso de su *scooter*. Una de las primeras cosas que hizo fue mostrármela y explicarme su funcionamiento. Dice que en el Reino Unido están empezando a ser muy populares porque la gente vive más años y les toca enfrentarse a todo tipo de problemas.

Paul no tendría que preocuparse con no poder hacer el mismo estándar de actividad física que otros. Según algunos estudios, no está claro que el ejercicio físico tenga un impacto directo sobre la salud de las personas mayores. En estos trabajos se afirma que la influencia de la actividad física en el bienestar es más simbólica que fisiológica. De hecho, los resultados muestran que la participación social tiene el mismo impacto en la reducción de la morbilidad y la mortalidad en la tercera edad que el ejercicio físico (Ibíd.:80). Estar en forma no sólo es una actividad mecánica sino

---

<sup>376</sup> “Si no practicas, lo pierdes. Si no ejercitas tus músculos te haces más débil y menos hábil. El ejercicio es algo muy importante. Por eso lo he hecho parte de mi vida (...) Hago ejercicio todas las mañanas, bueno no exactamente todas. También tengo mi día raro en el que no hago nada, lo cual también es importante. Pero todas las mañanas hago ejercicio en mi habitación antes de bajar a tomarme el desayuno. Ese es mi ejercicio y, ahora que va llegando el buen tiempo, probablemente iré al solárium y haré algunas pesas. Así mantengo mi cuerpo en buena forma”.

también social, permite la conexión con el acontecer diario aunque se camine con dos piernas y bastón o sobre ruedas. Y vida social tampoco falta en los entornos de retiro. Prueba de ello es la cantidad de organizaciones, asociaciones, grupos y clubes con sus actividades y eventos, que se pueden contabilizar en el área. Su listado aparece en las revistas y periódicos para extranjeros, una sección que nunca falta. Las calles también son escenarios de las actividades que se organizan en sus bares, locales, etc. Sacan sus tablones afuera y con tiza anuncian las actividades de la semana: *quizzes*,<sup>377</sup> juegos de mesa, retransmisión de partidos o rifas.

El asociacionismo, el voluntariado y las redes sociales de intercambio son resortes característicos de la migración de jubilados en España. Son medios para crear comunidad pero también para aprovechar del tiempo (Huber and O'Reilly, 2004:344). La sociabilidad es un medio para mantenerse ocupados. Un estado que pretende ser liberador pero que puede llegar a ser opresivo.

La mayoría de las personas entrevistadas no han abandonado sus agendas. Las páginas en blanco son las promesas de los días venideros, pero a su vez son la inquietud del vacío. En ellas estructuran sus días, su tiempo, su rutina; son también la muestra de que no están de vacaciones. En el *planning* de las personas participantes en la investigación aparecen sus distintas actividades personales, las clases de español, las barbacoas, el té con los vecinos, la consulta con el médico, reuniones con vecinos y amigos, las visitas de sus familiares o de amigos del extranjero o las vacaciones. Para quienes acababan de llegar y no habían establecido redes sociales suficientes, yo me convertí en una de las actividades de socialización principales. Servía para organizar los días y la experiencia de algunos desorientados, aquejados de soledad o simplemente aburridos. La vinculación a grupos y el consumo de actividades tratan de evitar que el descanso se convierta en aislamiento social. Los mismos cambios de país, de casa, el cuidado del jardín o el bricolaje también pueden ser interpretados desde la lógica de tener nuevas tareas en las que ocuparse. La pasividad y la soledad son entendidas como señal del fracaso de su apuesta migratoria de emancipación y vida activa. De hecho, las imágenes de aletargamiento, de acople a la barra del *pub* o falta de iniciativa observadas en otros, son sancionadas negativamente.

Aunque la idea de la actividad pervive, hay también quienes directamente hacen un elogio a la pereza y manifiestan cierto rechazo al ámbito asociativo. Hay factores que influyen en sus ritmos y aspiraciones según el género, si vienen en pareja o solos, el tiempo de residencia en el área, su ubicación en una urbanización o en un lugar más

---

<sup>377</sup> Concurso muy habitual en el Reino Unido y en los *pubs* ingleses de la provincia de Alicante, que consiste en un juego de preguntas y respuestas.

aislado, así como su estado de salud. Pero en términos generales, podemos afirmar que el discurso de la actividad convive en tensión con el del descanso jubilatorio y la necesidad de tiempo tras su vida laboral. Según Katz (2000), el énfasis en la actividad como medio de bienestar se ha convertido en un mecanismo para la gestión de la vida cotidiana desde una narrativa neoliberal del yo. El tiempo de jubilación y de ocio, al precisar de planificación, se nutre de la misma ética del trabajo que rige durante el periodo laboral (“*busy ethic*”) (Ekerdt, 1986). Este modelo es auspiciado por unas políticas públicas que enfatizan el valor del trabajo o de las actividades similares al trabajo (Biggs, 2001). La idea de actividad sigue manteniendo su hegemonía y penetra en forma de trabajo corporal y ocupación del ocio. Y más que un tiempo para la autoindulgencia, la jubilación se convierte en un tiempo para colaborar en organizaciones, mantenerse saludable y en forma, con una apariencia de juventud y vitalidad. Una centralidad de la actividad como forma legítima de estar en sociedad, sintetizada en la figura de los cuerpos ocupados o atareados (*busy bodies*) (Katz, 2000). Las prácticas de ocio y de autocuidado se van convirtiendo en el lugar de la autoidentificación de modo análogo a las formas de trabajo.

Madeleine es una de las personas que reconoce los beneficios personales y sociales de su entrada al dominio público a través de su participación en asociaciones y revistas tras el fallecimiento de su marido, pero también señala la contraparte: “*I must admit that since I’ve been doing this I’m gradually losing time with friends because I’m spending more time helping these people; having meetings, trying to raise money and things like that*”.<sup>378</sup> Pero la voluntad de mantenerse ocupados no sólo guarda relación con la ética protestante y capitalista del periodo laboral, con la emulación a la juventud, o simplemente con los hábitos y la memoria del cuerpo. Tener actividades y hacer planes es también una forma de proyectarse hacia el futuro. Una manera de cristalizar un porvenir frente a un futuro desconocido en el que asoman la pasividad y la dependencia. Para Steve consiste en otro modo de pensar caracterizado por una actitud proactiva:

*“But forward thinking, you’ve just got to think forward, haven’t you and not worry about it. Don’t think you’re old. I mean some people are old when they needn’t be because they think, ‘Oh, I’m now retired so I’ve got to be old’. I don’t actually subscribe to that”*.<sup>379</sup>

---

<sup>378</sup> “Tengo que admitir que desde que estoy haciendo esto, no me queda tiempo para estar con mis amistades porque paso más tiempo ayudando a esta gente, en reuniones, intentando recaudar dinero y cosas como estas”.

<sup>379</sup> “Tienes que pensar hacia adelante, simplemente pensar hacia adelante y no preocuparte. No pensar que eres mayor. Quiero decir hay gente que piensa que es muy mayor sin necesidad: ‘Oh, me he jubilado, por lo tanto soy un viejo’. Yo personalmente no lo comparto”.

De hecho, la planificación es uno de los medios para no sentirse viejos, y uno de los argumentos utilizados para ilustrarlo. La identidad positiva y estable pasa por la evitación de la vejez, y el bienestar presente, por proyectar para el mañana. Como si planear el futuro pudiera extender los horizontes de nuestro curso vital. Grace y Cooper destacan cómo la planificación de actividades futuras mantiene saludables a una pareja anciana que conocen:

Grace - *"I'll give you an example, a friend of ours who comes here, her parents, her father is 100 years old. Her mother is 97 years old. They still live on their own in a bungalow and they just ...They're still planning ahead"*.

Cooper - *"They're still planning. They said oh next year we'll have a new boiler or a new kitchen. They recently had the driveway re-tarmaced or whatever. So I think really you just look ahead"*.

Grace - *"I'd rather be independent"*.<sup>380</sup>

En los estilos de vida basados en una determinada forma física, mental y social convive la idea de libertad y de afirmación, pero también la contención y control del envejecimiento y de la dependencia. Estar sanos, en forma, activos y resistir a las marcas del envejecimiento, se transforma en un deber individualizado y compulsorio que lleva a consideraciones morales en términos de qué es lo aceptable y qué no lo es (Hepworth, 1995). Tanto los discursos sobre estilos de vida saludables como el programa de envejecimiento exitoso, desplazan al individuo la responsabilidad de mantener la salud y combatir el deterioro. Es la dirección que las burocracias estatales han tomado para ahorrar a sus arcas gastos sanitarios (Featherstone, 1991:180), y más si como sucede en este caso, no sólo se desplazan al individuo sino a otro país.

La migración pone en relación contextos y lleva a la comparación cultural con otros grupos de edad y distintas formas colectivas de vivir el envejecimiento. Es precisamente la adopción del modelo de envejecimiento positivo lo que utilizan para distinguirse de los turistas como de aquellos jubilados que han migrado pero que siguen con sus patrones de vida no saludables relacionados con las costumbres de origen, es decir, de quienes no envejecen bien (Oliver, 2007). A la luz de los parámetros definidos, también se comparan con españoles de su edad. Desde la distancia de sus escasas relaciones con ellos y en balance con sus propias posibilidades y expectativas, valoran cómo es su envejecimiento. De sus narrativas podemos extraer tres modelos no excluyentes: el del cambio, el de la esencia y el del contraste.

---

<sup>380</sup> Grace – Te voy a poner un ejemplo, uno de nuestros amigos que viene aquí, su padre tiene cien años y su madre noventa y siete. Aún viven solos en un bungalow y todavía hacen planes de futuro.

Cooper – Todavía hacen planes. Nos dijeron que el año que viene iban a cambiar la caldera o poner una cocina nueva. Recientemente le volvieron a asfaltar el camino de entrada. Realmente pienso que se trata de mirar hacia delante.

Grace – Realmente prefiero ser independiente.



En el primer discurso se valora el cambio en la forma de vivir el envejecimiento en términos de modernidad como parte de las transformaciones de la sociedad española en las últimas décadas. Lisa lo ilustra mencionando a las “abuelas” que ella acostumbraba a ver en La Marina cuando llegó por primera vez y las que ve ahora:

*“The grandparents now are more modern, aren’t they? More modern... I’m sure your parents ...modern; we’re younger in our minds. Your little old abuelas used to sit there in their black, didn’t they? All black clothes with their black stockings, they used to sit in the corner and their children used to take them the food. It was just accepted, wasn’t it? There used to be a lady lived here, many years ago, when La Marina village was just a village, you know no pisos, and she lived on the end and you always saw her sitting outside her finca in her all her black clothes, sitting on her little foot stall. It doesn’t happen now, does it? I find it sad. I think it is sad that it has changed”.*<sup>381</sup>

El modelo de la esencia hace referencia a las características que de algún modo se asocian a una nacionalidad, clase social o grupo. Los cuerpos de las personas mayores españolas son caracterizados como vigorosos y resistentes. Cuerpos recios por el trabajo y la vida en el campo en el que algunos todavía trabajan y que les mantiene en forma, o en sus trayectos por los estrechos márgenes de las carreteras.

El estereotipo que los británicos tienen de “los españoles” como vivos y alegres se traslada también a la consideración de su vivencia de la vejez. En el grupo de discusión las británicas coincidían en que las españolas de su edad saben cómo disfrutar. En palabras de Rose:

*“The other Spanish women between that age and ours, I think they’re just like us, they go out, they have a fabulous time, they know how to enjoy themselves. You see them up at your social things. They know how to have a good time and they’re full of life. To me the Spanish know how to enjoy life”.*<sup>382</sup>

Ronald y Brenda coinciden en valorar el impulso vital de los españoles, pero les ven diferentes a ellos en sus gustos. El contraste se establece desde diferentes contextos culturales pero se expresa en términos de juventud, en que sus maneras de ocupar el tiempo libre y divertirse no son las mismas, del mismo modo que tampoco lo es la migración de retiro como opción. Ronald y Brenda estuvieron en una fiesta en donde la mayoría eran españoles, y si bien el ambiente les parecía animado porque todos bailaban, no acababa de ser el que ellos hubieran elegido para sí:

---

<sup>381</sup> “Los abuelos ahora son más modernos, ¿no es así? Más modernos... estoy segura de que tus padres son más modernos. Somos más jóvenes de mente. Vuestras pequeñas abuelas solían ir todas de negro, ¿no? Toda la ropa negra con medias negras. Se solían sentar en una esquina y los niños solían llevarles la comida. Y simplemente se aceptaba. Aquí solía vivir una señora, hace muchos años, cuando el pueblo de La Marina era todavía un pueblo, ya sabes, sin edificios, y ella vivía al final. La solías ver sentada fuera de su finca con toda esa ropa negra, sentada en su pequeña banqueta. Esto ya no ocurre, ¿verdad? Me parece triste. Pienso que es triste que todo haya cambiado”.

<sup>382</sup> “El resto de mujeres españolas entre esa edad y la nuestra, pienso que son como nosotras, salen, pasan un buen rato, saben como divertirse. Las ves en tu círculo social. Saben como pasárselo bien y están llenas de vida. Para mí los españoles saben cómo disfrutar de la vida”.

*“We’re so much younger in mind. Does that make sense? It’s not ... you know we still want to go, I still want to go discoing and ... if the music comes on or... yes, you don’t feel right that they’re thinking the same way as you, you know. We loved it and we thought how quaint, this is very nice, but we would rather have had 300 people playing rock music and doing a rock and roll or something like that, you know. It’s different, a different way of thinking”.*<sup>383</sup>

El idioma, los modelos de sociabilidad, las distintas pautas de uso del tiempo y formas de ocio explican la escasa relación entre parejas españolas y extranjeras de la misma edad, a excepción de antiguos emigrantes ahora retornados que trabajan como intérpretes. Grace cree que su escasa relación con españolas tiene que ver con las divergencias en sus cursos vitales:

*“I think that our experiences are different from the Spanish women’s. Their whole lifestyle from when they are children growing up through middle age and then to an older age is so different from that in England. I think English women expect much more and the Spanish don’t. I think that’s all part and parcel of what I said about they tend to stand back from you”.*<sup>384</sup>

Desde lo que comparten y lo que les distingue con otras personas, con otros tiempos, y otros lugares, lo fundamental de su pretensión es sentirse bien de cara al futuro, ser independiente y poder alargar lo que están disfrutando ahora. La migración en la jubilación es aprovechada como una nueva etapa de reinención identitaria en la que la reforma corporal<sup>385</sup> ocupa un lugar central. Sus cuerpos envejecen pero no se sienten viejos, y hay quienes consideran que su migración contribuye en ello. La idea es que dure, tratar de prolongar la tercera edad con prácticas de edad que colaboren en extender el ocio y la plenitud frente a la cuarta edad, donde el fantasma del declive y la decrepitud ha sido desplazado (Laslett, 1989). Unas prácticas de edad por las que se reafirman en unas identidades en relación a la edad y cuyo principal escenario es el cuerpo.<sup>386</sup>

---

<sup>383</sup> “Somos mucho más jóvenes de mente, ¿tiene sentido? Sabes, todavía tenemos ganas salir. Yo todavía quiero ir de discotecas y... si ponen música o... Sí, no sientes que piensen del mismo modo que tú, sabes. Nos encantó y pensamos que era curioso, estuvo genial, pero hubiéramos preferido tener trescientas personas tocando música rock y haciendo *rock and roll* o algo parecido, sabes. Es diferente, es una forma diferente de pensar”.

<sup>384</sup> “Pienso que nuestras experiencias difieren de las de las españolas. Su estilo de vida desde que son pequeñas, pasando por la edad madura y después en la vejez, es muy diferente al de Inglaterra. Creo que las mujeres inglesas esperan mucho más que las españolas. Pienso que esto es, en parte, por lo que dije que tienden a distanciarse de ti”.

<sup>385</sup> Por “proyectos de reforma corporal” Jean y John Comaroff (1991) entienden las “acciones colectivas que implican directamente al cuerpo y que provocan el surgimiento de sujetos nuevos y de transformaciones en las relaciones entre los individuos y los procesos sociales” (en Esteban, 2004:242).

<sup>386</sup> El término “prácticas de edad” lo interpreto a partir del desarrollo que Esteban (2004) hace de las prácticas de género como prácticas físicas, sensoriales, motrices, emocionales, etc. con las que nos identificamos en relación al género y a partir de una determinada corporeidad.

#### 8.4. Semánticas somáticas de la vejez

La migración es un cuerpo (individual y colectivo) que se desplaza por la geografía, y el envejecimiento es un cuerpo que se desplaza por el tiempo. En la migración de retiro el mismo desplazamiento espacial está connotado de aspiraciones temporales y de renovaciones etarias. Es por ello que puede ser vista como un *itinerario corporal* (Esteban, 2004). Un itinerario en el que se producen transformaciones en los cuerpos, en las identidades, en cómo los sujetos se perciben y se construyen a sí mismos. Las personas mayores establecen sus propias versiones del envejecimiento deseable, pero en todas hay una reflexión sobre las marcas identitarias que implica la edad, así como una resistencia y una reinterpretación de las señales del cuerpo que envejece.

La edad es un parámetro de organización social que en términos identitarios, al igual que el género, reclama de nuevas lecturas, definiciones y miradas.<sup>387</sup> Como categoría encarnada es inestable dada la dificultad para mantener lo inmutable en un cuerpo que por definición, está en continuo cambio. Y como categoría relacional es desigual, pues implica relaciones de poder intergeneracionales. Todas estas revisiones nos llevan a elaboraciones y clasificaciones alternativas a las socialmente estipuladas como la edad cronológica, la biológica o la institucional que a continuación veremos.

El envejecimiento en su vertiente física supone cambios internos y externos a partir de los cuales calibramos nuestra edad. El tiempo transcurre y produce transformaciones corporales que llevan a reformular identidades, expectativas y maneras de estar en el mundo. Esta experiencia corporal reflexiva (Connell, 1995), se acentúa más en la tercera edad que en otros segmentos etarios. Esto es debido al marco de devaluación social y de incertidumbre existencial que lleva aparejado. Del mismo modo que entrar en la adultez se asocia a la independencia, el control corporal, la contención emocional y a un yo maduro; el envejecimiento y en concreto la vejez, se relacionan con cambios y alteraciones en la forma, la apariencia y la función corporal que pueden crear dolor o incomodidad, y que contribuyen a la devaluación social del envejecimiento y de la gente mayor (Tulle- Winton, 2000 en Howson: 2003:148).

En este apartado vamos a abordar tres escenarios sociales de la expresión etaria y de su confrontación: el *lenguaje*, la *salud/enfermedad/atención*, y la *apariciencia*. En nuestra cultura visual y de consumo, el envejecimiento no es bienvenido ni deseado, por lo que es harto difícil la promoción de modelos positivos y estables. Como

---

<sup>387</sup> Del mismo modo que se ha hecho con otras dimensiones biológicas elaboradas e interpretadas socialmente, como el sexo, cabría hacer una reflexión sobre el marcador "edad". La crítica social ha desafiado en las últimas décadas de modo teórico y encarnado de categorías como la de sexo que se tenían por naturales, fijas e inmutables, mostrando su carácter social, multivocal y fragmentario. Sin embargo la agrupación de segmentos sociales por razón de edad y el propio proceso de envejecimiento necesitan también de una revisión social a la luz de los estudios postestructuralistas, postidentitarios o queer. Un terreno intelectual que todavía no se ha problematizado lo suficiente y del que en este capítulo presentamos algunas reflexiones.

estrategia de resistencia, las personas mayores transforman discursos y actualizan prácticas de edad, reformulan sus marcadores y modifican la apariencia y el uso de sus cuerpos. Confrontan lo que es medido (cronomarcadores y biomarcadores) con lo que es sentido y deseado. Unas estructuras, imágenes y procesos contestados tanto desde lo semántico, como desde lo somático; en la acción, en la apariencia y en la volición. Con el cuidado de la salud y el trabajo corporal que ello conlleva obtienen, en términos de Bourdieu (1997), capital corporal: funcionalidad, ausencia de enfermedades limitantes, una apariencia positiva. Una imagen y unas actividades con las que sustentan y confirman de cara a sí mismos y a los demás su identidad.

Las narrativas incluidas en este estudio no son muy distantes a las que se han registrado en otros trabajos en donde se describen las contradicciones del yo que envejece (Kaufman, 1986). Además forman parte de la tendencia general de aumento de la actividad política y cultural sobre el cuerpo en nuestras sociedades (Turner, 1992). Pero los lugares de retiro son escenarios privilegiados para observar estos procesos reflexivo-corporales tanto desde lo individual, como desde la experiencia colectiva y el contraste sociocultural. Los entornos de retiro dan abrigo al proceso de bricolaje identitario, ofrecen un margen de posibilidad material, ambiental y social a estos diseños aspiracionales que permiten discutir y negociar la edad. Donde las nuevas formulaciones de la edad, la salud y el envejecimiento son una constante que lleva a las personas a reactualizar la resistencia con prácticas y discursos alternativos que no sólo explican, sino que (re)crean y afianzan las nuevas identidades corporales y sociales.

### *Apropiaciones y destierros*

El cuerpo es esencial para entender el envejecimiento, del mismo modo que el envejecimiento es un eje clave para entender la identidad. Las identificaciones desde la edad no son ni estáticas ni únicas, y en este sentido los lugares de retiro son espacios propicios para la producción de nuevas identidades. El lenguaje es uno de los marcos representacionales y estructuradores de identidad más discutido y revertido por parte de las personas mayores. El campo semántico de la vejez no sólo es puesto en duda sino rechazado. No se identifican con sus términos, lo que lleva a que relativicen o modifiquen sus sentidos, los desplacen a otras realidades todavía ajenas a ellos, o bien elijan las suyas propias.

Mary prefiere la palabra española “jubilados” a la inglesa “*pensioners*” porque la primera le parece más positiva, más alegre. Cooper, por su parte, se exaspera cuando se etiqueta a las personas mayores únicamente a partir de referentes cronológicos, algo bastante frecuente en los medios de comunicación:

*“An elderly man was assaulted today in the street in, wherever. The 66-year-old...’ Come on! And we know that our former neighbour in England before we left here, she is now 85, 86 and she is as bright as a button, and she would say, ‘I must rush, I’m taking one of my old dears out for a picnic’, or something, and they’re younger than she is”.*<sup>388</sup>

A la etiqueta de viejo y sus resonancias, Cooper contrapone la lucidez, la actividad social, la proyección de futuro y la independencia que personas de edades elevadas siguen manteniendo. La edad se entiende, se expresa y combate, especialmente en los segmentos tardíos, *desde* el cuerpo, *con* el cuerpo. No hay que olvidar que la noción social de la edad, al igual que sucede con el género, no sólo define qué se es, sino qué se hace. La expresión corporal de la identidad etaria también es un discurso en acción.

La edad entendida como entidad objetiva descrita por la cronología, la biología o las instituciones, es cuestionada. La edad varía en sus consideraciones individuales y sociales, del mismo modo que envejecer tiene diferentes significados para cada persona y para cada sociedad. Sus significados y las estructuras que lo expresan generan cada vez mayores contradicciones, y la consideración de quiénes son “los viejos” ha quedado fragmentada. En su lugar, la edad aparece como un balance entre distintas dimensiones subjetivas, somáticas, y socioculturales, en el marco de las promesas posmodernas de reinención del ser.

La edad cronológica de Madeleine es de sesenta y siete años, pero ella afirma, mientras sonrío con cierta picardía, que son veintiuno. De hecho hace no mucho que celebró su veintiún cumpleaños acompañada del resto de sus amistades de la urbanización:

*“I’m 21. You can ask everyone at Sondesal, last May I had my 21<sup>st</sup> birthday party at Sondesal. I had two birthday cakes, one was in a 21, a two and a one, and I had a teddy bear. I had El Rosal restaurant, I had 143 people at my birthday party (...) And on the wall there was a great thing, it said: ‘21 again and again and again plus three’. And I had a 21<sup>st</sup> birthday party (...) Age is just a number to me. In here, I’m still 21. It’s only the body that doesn’t work so well”.*<sup>389</sup>

La identidad es un proyecto inacabado, sujeto a reescritura y reinterpretación al que el relato da coherencia y sentido frente a la parcialidad de lo que vivimos, a la incertidumbre, a la contingencia, y a la dislocación temporal y espacial (Rapport,

---

<sup>388</sup> “Un hombre mayor ha sido atacado hoy en la calle en’... donde sea. ‘El hombre de sesenta y seis años de edad...’ ¡Vamos, venga! Si nuestra antigua vecina en Inglaterra de antes de que nos viniéramos, tendrá ahora ochenta y seis años y está perfecta. Diría: ‘Tengo prisa, me voy de picnic con uno de mis viejos amigos’, o algo así, y son más jóvenes que ella”.

<sup>389</sup> “Tengo veintiún años. Puedes preguntárselo a quien quieras en Sondesal. El mayo pasado celebré mi fiesta de cumpleaños en Sondesal. Tuve dos tartas, una estaba hecha en forma de 21, un dos y un uno, y me dieron un oso de peluche. La hicimos en el restaurante El Rosal y vinieron ciento cuarenta y tres personas a la fiesta (...). En la pared pusieron algo fantástico, decía: ‘veintiún años otra vez, y otra, y otra más tres’. Y tuve mi fiesta de veintiún cumpleaños (...) La edad es sólo un número para mí. Estoy aquí, todavía tengo veintiún años. Es sólo el cuerpo que no funciona tan bien”.

2000:88). En la edad, los números dejan de crear identidades imperativas y la categoría de lo sentido pasa a cobrar protagonismo como anclaje a lo real. Como hemos podido observar en Madeleine, la edad es socializada en el entorno de retiro, es reconocida y sancionada positivamente por el resto de acompañantes con los que comparte estilos de vida y proyectos similares de envejecimiento. No sólo elige cuál es su edad sino que, a través de rituales como la celebración del cumpleaños, lleva a cabo una negociación colectiva de la experiencia del envejecimiento (Del Valle, 2002b:48). Y ésta es una ficción identitaria, si bien no menos real ni más ficticia que otras.

En otros casos, el referente cronológico directamente se evita. La lógica reside en la consideración de que la vejez llega cuando se empieza a pensar en ella, es decir, cuando se atiende a sus marcadores determinados socialmente. Como forma de eludir el referente de edad, Cooper aboga por el presentismo: *“One day at a time, you live for the day, the present, always the present. Don’t think about age. If you start thinking about age you’ll get old and you’ll get depressed and depress everybody around you, so you just don’t think about it”*.<sup>390</sup> El pensamiento se erige en espacio de libertad, flexibilidad y posibilidad frente a un número, a los signos físicos del envejecimiento y sus significados sociales.

Mary también prefiere no pensar en la edad. Aliena el envejecimiento personificándolo en otros y alejándolo al territorio ignoto del futuro. Le incomoda este tema porque siente que es irreversible, que ya no se puede remontar. Se identifica de mediana edad y, si bien no considera que esté en la vejez, sí cree que va en camino. Para ella la vejez se sitúa en torno a los ochenta años, pero desconfía de su propia apreciación porque, como dice mientras sonrío, conforme te haces mayor, más lejos sitúas la vejez: *“The older you get the older you think that old age is”*.

Los discursos de reasignación y plasticidad etarias son posibles en un marco sociocultural de reflexividad identitaria guiado por la asunción de estilos de vida y por la proliferación de industrias que ayudan a enmascarar el envejecimiento, y sostienen las fantasías de atemporalidad en la vejez (Katz, 2005). No obstante, la reformulación etaria tiene sus límites, no sólo biológicos sino morales. Las personas que renuncian a ser consideradas como viejas o a ser interpretadas a partir de un número, aquellas que reivindican que sean sus prácticas, su apariencia y su estado anímico lo que señale su identidad de edad, son las mismas que critican las pretensiones de juventud de otros y ejercen su autocontrol. Las fronteras para delimitar qué es lo natural y qué es lo impostado entran en discusión. El ocio, las actividades, el maquillaje, las alhajas. No quieren ser vistos como viejos, pero tampoco quieren ser una falsa copia de la

---

<sup>390</sup> “Día a día, vives al día, el presente, siempre el presente. No piensas en la edad. Si empiezas a pensar en la edad te harás mayor y te deprimirás a ti y a los que tienes a tu alrededor, por lo que simplemente no lo piensas”.

juventud. En estas paradojas se puede observar la encarnación conflictiva, interactiva y resistente de los ideales sociales y culturales (Esteban, 2004). Cooper no quiere ser como Peter Pan, es decir, pensar que siempre será joven; pero tampoco quiere pensar en su edad:

*“I think people who try to be and act younger than their years are a bit silly. But on the other hand, we don’t think about age. I don’t think, ‘gosh, in November I’ll be 72, I’m old!’ I don’t think that. But equally I don’t think I’m a teenager and wanting to go to pop concerts. I just don’t think about age. We never have. There’s nothing you can do about it. That’s why, coming back to an earlier point, your health is so important. If you’re fortunate enough to have your health, then you don’t feel old. You can feel old when you’re young because you’re ill. It’s not started as far as I’m concerned. Old age hasn’t stated yet, I don’t know when it will”.*<sup>391</sup>

Para Teresa del Valle (2002b), la edad cronológica oscurece otras categorías de edad como la atribuida y la sentida. Según la autora, “la edad sentida es la definición que la persona hace de sí misma, de lo que quiere hacer, de aquello a que aspiraría, de las cosas que ha hecho y quiere seguir haciendo, de aquellas que desconoce y le gustaría hacer” (Ibíd.:49). Para Del Valle, reivindicar y actuar de acuerdo a la edad sentida es subversivo. De aquí podríamos derivar que los lugares de retiro son espacios de subversión etaria, ya que muchos de los residentes extranjeros concurren en la misma empresa de reinversión y apropiación identitaria. Sin embargo, esta mirada, al igual que las elaboraciones en torno al *ageless self* (Kaufman, 1986) o el envejecimiento positivo, son confrontadas por quienes afirman que en las visiones anteriores subyace una negación cultural del envejecimiento (Biggs, 2006). Unas propuestas anti-edad de adulación de la juventud y la adultez productiva, que son insidiosas porque cultivan un ideal imposible y abonan un campo no intencionado de edaísmo (McHugh, 2003). Las interpretaciones y conceptos de continuidad, coherencia, integridad, actividad, se convierten en antídotos para confrontar actitudes negativas hacia la vejez, pero fallan en no acordar sentido vital a la llamada tercera edad y posteriores (McHugh, 2000; Blaikie, 2004). Andrew Blaikie considera que “cuando la idea de no tener edad se vuelve el elixir, el sentido de la vida se evapora” (1999:216). Para el autor, “el yo sin edad” niega a las personas mayores de una de sus posesiones más preciosas: los años que han vivido, en lo que han devenido y en lo que se están convirtiendo. Su propuesta es la de acoger las oportunidades de desarrollo que surgen de la tensión entre continuidad y cambio.

---

<sup>391</sup> “Pienso que la gente que intenta ser y actuar como si fuera más joven que su edad real son un poco tontos. Por otra parte, nosotros no pensamos en la edad. No pienso, ‘¡madre mía, que en noviembre haré setenta y dos años, soy viejo!’. No lo pienso. De la misma manera que no pienso que soy un adolescente y me quiero ir de conciertos. Simplemente no pienso en la edad. Nunca lo hemos hecho. No hay nada que puedas hacer al respecto. Por lo que, volviendo a lo que dije, la salud es tan importante. Si eres suficientemente afortunado de tener salud, entonces no te sientes viejo. Puedes sentirte viejo aun siendo joven por el hecho de estar enfermo. Por lo que a mí respecta todavía no ha empezado. La vejez todavía no me ha llegado, y no sé cuando lo hará”.

### *Síntomas de edad*

Otra de las esferas con las que la edad y el envejecimiento interactúan produciendo y modelando identidades es la salud. Las alusiones a su edad cuando hablábamos de salud, y a la salud cuando abordábamos temas del envejecimiento, eran una constante en sus narrativas. A la pregunta de cómo definiría la vejez, Grace contestó sin dudar: “*Pain in the neck*”.<sup>392</sup> A la cuestión sobre su estado de salud, Cooper respondió: “*My health is good for my age*”.<sup>393</sup> La percepción de los malestares está filtrada por variables como la clase o el género, pero en este caso nos vamos a fijar en las sinergias con la edad. La identificación de su edad pasa por la propia valoración del estado de salud y de autonomía, del mismo modo que las expectativas de salud tienen a la edad como referente. Unas conexiones que no se dan en otros segmentos etarios dado que en ellos las lecturas de los cambios físicos no se han formulado como parte del proceso de envejecimiento, sino desde la idea de crecimiento o maduración.

A menudo suelen hablar de sus cuerpos en términos de salud y bienestar, lo que les permite desligar la enfermedad y la dependencia del envejecimiento. Pero en la frontera de la salud acecha la vejez. A Madeleine, lo que le importa no es tanto la edad como la salud, pero cuando la salud empieza a fallar, es cuando la edad aparece de forma pareja:

*“Age doesn’t bother me. It does when I can’t do things. I like, you know, in my head I can do everything. When I try to do too much, that’s when the legs start to hurt or the back aches or something like that. And that’s when it affects me and I feel irritable and bad-tempered with myself because I can’t do what I think I can do”.*<sup>394</sup>

El “desgaste” manifestado en cansancio, dolores, malestares, se torna en recordatorios de los años que tienen y en referentes corporales de su “entrada” en la vejez. La juventud es sinónimo de salud, de vigor, de ser capaz, mientras que la vejez se asocia a la pérdida gradual o súbita de la salud, del vigor y la capacidad de hacer aquellas cosas que resultan significativas para cada persona. Es decir, que el referente valorativo tiene un marco social y otro personal, un doble espejo en donde reflejarse: las competencias del resto de miembros de la misma cohorte, y las capacidades que anteriormente se tenían y que ya no se tienen. Como apunta Simone de Beauvoir en su libro sobre la vejez: “El día en que Marielle Goitschel esquió menos bien que otras más jóvenes, en el plano deportivo debió de considerarse vieja” (1983:17). La dimensión subjetiva de estos cambios, hace que en ocasiones se vivan como traiciones corporales (*bodily*

---

<sup>392</sup> “Dolor en el cuello”.

<sup>393</sup> “Para mi edad, mi salud es buena”.

<sup>394</sup> La edad no me preocupa. Pero sí me preocupa cuando no puedo hacer las cosas. En mi cabeza puedo hacerlo todo. Pero cuando quiero hacer demasiado es cuando empiezan a dolerme las piernas o la espalda. En esos momentos es cuando me afecta y me pongo de mal humor conmigo mismo porque no puedo hacer todo lo que quería”.



*betrayals*) que escapan a nuestro control (Hepworth, 1987:137; en Howson, 2005:153). Steve lo relata en términos de pérdidas físicas, unas progresivas y otras súbitas, que son las que tambalean nuestra propia concepción de la edad:

*“I think old age is incremental, step by step. It’s progressive in that certain things happen. You retire and you have to try to think ahead and plan for the future. And as you get older it becomes more evident. Suddenly it’s sat with you that you are older and it’s the physical ability that you lose first. You know that youthful zest. Even as a mature man or woman you might think about saying, ‘well okay I’ll go for a bike ride, I’ll cycle somewhere’. You lose these things as you get older. But old age arriving, I don’t know. If you suddenly become ill like my sister has then suddenly she is walking with sticks. She’s 76 years of age and two years ago she was fine. Two years later suddenly she’s got something wrong with her that is really bad for her and her physical health. So in that situation I would definitely say old age has caught up with me and I will be an old person”.*<sup>395</sup>

La salud tiene una dimensión temporal plagada de incertidumbre. Y si envejecer no sólo es patrimonio de los mayores, tampoco lo es la incertidumbre sobre la salud. Pero en los jubilados la sombra de la enfermedad y la vejez es más alargada. La reflexividad se acentúa cuando se vive la experiencia de los límites corporales que, sumados a una edad avanzada, también llevan a la conciencia de la contingencia. Steve, al hablar de la vejez, va entremezclando experiencias propias y ajenas con sus reflexiones sobre la ambigüedad entre el ser y el sentirse viejos. Físicamente se encuentra bien, por ello, aunque sabe que socialmente forma parte de la tercera edad, él no se siente viejo. Considera que disfrutar de una buena salud física lleva a las personas a desvincular la realidad de la vejez de sus identidades y de sus cuerpos, y a que la juventud y la actividad sigan formando parte de sus aspiraciones:

*“But at this moment in time I am old, I am an older member of society but I don’t feel old. As long as you have your physical health then people don’t feel old, even though they are. They want to continue and have a youthful, or at least have an outlook that is expansive and want to do as many things as you are physically and financially capable of doing”.*<sup>396</sup>

En la concepción de salud física subyace la noción de autonomía, de funcionalidad, de competencia y de continuidad. El paso de los años hace que las posibilidades físicas de nuestros cuerpos cambien y aparezcan discapacidades pero, hoy en día, el acceso a las tecnologías ha permitido que podamos trascender limitaciones físicas y seguir con las

---

<sup>395</sup> “Yo pienso que la vejez es gradual, se acentúa paso a paso. Es progresiva cuando ciertas cosas ocurren. Te jubilas y tienes que intentar pensar más allá y planear el futuro. Y a medida que te haces mayor, se hace más evidente. De repente te llega y la habilidad física es lo primero que pierdes. Ya sabes, el entusiasmo de la juventud. Incluso cuando eres un hombre o una mujer adulta puedes pensar, ‘bien, me voy a dar una vuelta con la bici, o me voy a algún sitio con la bici’. Pero pierdes estas cosas cuando te haces mayor. Pero llega la vejez, no sé. Si de repente caes enfermo, como mi hermana que de pronto lleva bastón. Tiene setenta y seis años y hace dos estaba bien. Dos años más tarde tiene algo malo, que es malo para ella y para su salud física. En situaciones así, definitivamente, diría que la vejez me ha llegado y que me he hecho viejo”.

<sup>396</sup> “En estos momentos soy mayor, soy un miembro mayor dentro de esta sociedad pero no me siento viejo. Mientras mantiene la salud física, la gente no se siente vieja aunque lo sea. La gente quiere continuar y sentirse juvenil o, al menos, tener una perspectiva más amplia y hacer cuantas más cosas seas capaz de hacer, física y económicamente”.

mismas rutinas. Y conforme las tecnologías permiten recuperar funciones y autonomía, también posibilitan reactualizar las nociones de salud y edad, y las identidades que se derivan de ellas. Los cambios corporales, sean funcionales o de imagen, ya no llevan irremisiblemente a consideraciones sobre la vejez o la enfermedad. Un efecto que se podría englobar en el marco general de las repercusiones de las tecnologías sobre la subjetividad del sujeto contemporáneo, cuya reflexión ha sido abordada, por ejemplo, a partir de la noción del *cyborg*<sup>397</sup> (Haraway, 1991).

Los enclaves de retiro son una concentración de tecnologías para sortear dificultades de movilidad y mantener una vida activa. Probablemente el mayor parque móvil de *scooters* de la provincia se halle en estos lugares. Las asociaciones, junto a los establecimientos comerciales instalados en las zonas de retiro, son los principales proveedores de tecnologías de movilidad y de independencia (bastones, andadores, elevadores, *scooters*, sillas de ruedas, audífonos). Los primeros las prestan y los segundos, con una mayor oferta, las alquilan o las venden. Con su uso las personas extranjeras no sólo tratan de vencer los problemas de movilidad sino de maximizarla. Es decir, no consiste tanto en si pueden o no desplazarse, como en el tipo de vida que quieren llevar y que no podrían si no dispusieran de esta ayuda para desplazarse. Sin embargo, es una tecnología más difícil ver entre personas mayores españolas.



**Figura 15.** Scooter electrico en un Eurometing  
Fuente: Elaboración propia

---

<sup>397</sup> En la propuesta ontopolítica de Haraway (1991), el *cyborg* (*cybernetic organism*) es la figura en la que se disuelven muchas de las dicotomías del pensamiento occidental entre lo animal y lo humano, entre lo humano y lo tecnológico.

La incorporación de *scooters* en la vida de las personas mayores con dificultades para desplazarse o su rechazo tiene un cariz cultural y material que no podemos soslayar. El uso de según qué tecnologías en la tercera edad, remite a diferentes significados dependiendo del contexto cultural en que nos hallemos. Nieves y Glauco, trabajadora social y médico de la residencia para personas mayores en Santa Pola, tienen en su centro la posibilidad de cotejar el diferencial de uso de éste recurso para la movilidad según la procedencia de sus usuarios. Ambos apuntaban sus hipótesis, ella en términos culturales, y él desde una lectura económica. Para Nieves, las personas mayores españolas miran con cierto recelo a los extranjeros. Cree que en cierta manera sienten envidia por su independencia y su actitud ante la vida:

“Lo que siempre nos hemos reído toda la vida del extranjero de ‘mírale, con calcetines y sandalias y las bermudas’. Pero mira, está viviendo y está disfrutando y no le importa si lleva o no lleva marca. Pues en cierta manera con el *agüelo* de aquí eso sí que notas que lo mira como con recelo. (...) Todos llevan sus sillas automáticas, son muy independientes. No les da reparo a la hora de salir solos por la calle, de irse para arriba, para abajo. Mientras que la persona mayor de aquí se encierra más en sí misma, es como que, ‘bueno, yo ya lo tengo todo hecho. ¿Yo cómo voy a ir por la calle con una silla? Yo no’. De hecho uno, un holandés, salió y cayó. Y tuvo un traumatismo craneal muy fuerte y no salió, pero bueno, el hombre disfrutó.”

Su compañero Glauco piensa que las diferencias entre españoles y extranjeros no son culturales sino económicas: las pensiones más altas permiten acceder a más recursos como las *scooters* o salir más a cenar.

Aunque no hemos indagado con detenimiento el tema, la idea que aparece asociada a las *scooters* entre las personas mayores españolas es que su uso envejece. Para Marta Allué, el poco uso de las *scooter* o carritos, como suelen llamarse en España, se debe a que su uso se asocia al “viejo”, al “minusválido”, al que “vende cupones”, al que ha caído en desgracia.<sup>398</sup> Allué también hace alusión a este contraste en su trabajo sobre la discapacidad: “En cualquier pueblecito escandinavo por aislado que esté siempre hay alguna casa con rampa junto a la que descansa un *scooter* o un caminador de los que se sirven todos los ancianos que lo precisan” (2003:104). Como afirma la autora, un *scooter* eléctrico otorga autonomía a quien tiene movilidad reducida, y además tiene el aliciente de que es más económico que destinar a un trabajador social para que saque a pasear a la persona con dificultades o proveerle de

---

<sup>398</sup> También añade que hay quienes tienen problemas con su manejo. Hay que considerar que hay personas mayores, sobre todo mujeres, que nunca han conducido un vehículo a motor y no se sienten seguras ante el miedo de no poder controlarlos o de que no frene, etc. Otra de las problemáticas apunta a que los edificios y los pisos no facilitan guardar estos vehículos en las casas. El uso de otras tecnologías como los caminadores, que permiten sentarte o llevar la compra, también es rechazado porque te “hacen mayor”, y porque para apoyarse siempre está el recurso al paraguas que disimula más (Comunicación personal, 2010).

una plaza en una institución asilar.<sup>399</sup>

De todo ello podemos derivar que no sólo se trata del uso de una determinada tecnología para la movilidad, sino de qué expectativas hay para las personas mayores y cuáles son los diseños vitales que se establecen para la etapa de la tercera edad en según qué sociedades. En cuanto al factor económico, es otro aspecto relevante pero puede que subsidiario del primero, en tanto que para algunas capas sociales no es inaccesible pero sigue habiendo resistencias para su uso.



**Figura 16.** Norte de Escocia  
Fuente: Marta Allué

Aparte de las tecnologías, otro recurso común permite mantener la continuidad y reestructurar un yo coherente frente a las traiciones corporales, es la disociación entre cuerpo y mente, entre el interior y el exterior. Cuando el cuerpo pierde facultades, entendidas desde la funcionalidad o la apariencia, la edad y la salud se relativizan situándolas en el interior y en lo no corpóreo. El cuerpo se desintegra de manera que la vejez o la enfermedad queden acotadas en una dimensión o una parte concreta del mismo que no desestabilice el propio yo. Es lo que Paul y Lisa llaman “*healthy inside*”<sup>400</sup> cuando hablan de las personas mayores que aunque van con *scooter* o tienen otras dificultades, siguen llevando una vida plena, activa y saludable. La salud interior a la que refieren reposa en la actitud y en el ánimo para seguir activos:

---

<sup>399</sup> Para un análisis más extenso de las representaciones sociales y usos de las sillas de ruedas y prótesis véase Marta Allué (2003:117-133).

<sup>400</sup> “Sanos por dentro/Saludables interiormente”.

Lisa: *“They’re healthy, they’re healthy inside, but these bits aren’t healthy, you see”.*

Paul: *“Like with me it’s all bones. You see I’m healthy but it’s my bones. I feel as healthy as ever. Well not only that. It’s attitude, it’s attitude and mind. A lot of people give into it, you see”.*

Lisa: *“Sometimes I’ll get up in the morning and I’ll say something and Paul’ll say: ‘No, we’re going out, we’re not staying in, out.’ So this is what he’s saying”.*

Paul: *“Well yes, but my attitude is cross that bridge when we come to it. I know you can sort of look ahead and say, well, yes, time is going to come when perhaps I can’t think properly or talk properly, or I might get one of these maladies such as Parkinson’s or, what’s the other one, Alzheimer’s, you know. But it doesn’t bother me. I mean if it does come to that stage then the sad thing is the onus isn’t on me, it’s on other people because they have to look after you. That’s the only thing about that”.*<sup>401</sup>

Lo que ya no es tan sencillo es reformular el deterioro mental. No obstante, ambos coinciden en que los problemas de salud de las personas mayores están directamente relacionados con el hecho de que actualmente la gente vive más años. Por ello, mientras llegan esos límites, Paul intenta no problematizar sus malestares ni sus visitas al médico, sino que entiende su cuerpo como una máquina que necesita ser reparada debido a su desgaste:

*“You see a lot of people give into it and they become lethargic and droopy and whatever you like to think, and their attitude to life changes, which I think is totally wrong. Just because you have something wrong with you, it doesn’t mean you’ve got to give up and everything. It’s the same with a lot of people; they hate the idea of even going to hospital. It doesn’t bother me. If I’ve got to go to hospital, I’ve got to go; because you’re going to get something done. Anywhere, whether it’s here or over there, I mean if you go to a hospital, it’s like taking a car to the garage to get it repaired. Well, in a way it is, isn’t it? You’re only taking your body to get repaired”.*<sup>402</sup>

En términos de salud, no siempre hay rechazo ni negación del envejecimiento biológico, sino que las personas reactualizan su posición en las fluctuaciones del cuerpo/mente. En este sentido, como veremos a continuación, la apariencia corporal sigue un patrón similar.

---

<sup>401</sup> Lisa: - Están sanos, están sanos por dentro, pero estas cosas no están saludables, ¿lo ves?

Paul: - Como yo y mis huesos. Ves, yo estoy sano pero son mis huesos. Me encuentro mejor que nunca. Bueno no sólo eso. Es la actitud, la actitud y la forma de pensar. Mucha gente se dejar llevar por las enfermedades.

Lisa: - A veces me levanto por la mañana y digo cualquier cosa, y Paul me dice: ‘No, no nos quedamos en casa, vamos a salir. No nos quedamos, vamos fuera’. Eso es lo que dice.

Paul: - Pues claro, mi actitud es la de superarlo cuando llegue. Sé que a veces puedes mirar al futuro y decir que, bueno, puede que llegue el día en que no pueda pensar claro o hablar bien, o puede que tenga una de esas enfermedades como Parkinson o, ¿cómo era la otra?, Alzheimer, ¿sabes? Pero no me preocupa. Quiero decir, si un día me toca lo triste es que la responsabilidad, la carga no va a estar en mis manos sino en otra gente, porque alguien me tendrá que cuidar. Es lo único malo”.

<sup>402</sup> “Ves que mucha gente se deja llevar y se hacen más apáticos y se desaniman, y todo lo que quieras pensar. Su actitud hacia la vida cambia, lo cual yo creo que es totalmente erróneo. Sólo porque tengas algún problema no significa que tengas que tirar la toalla. Le pasa a mucha gente, odian incluso la idea de tener que ir al hospital. A mí no me preocupa. Si tengo que ir al hospital, tengo que ir porque tienen que hacerte algo. En cualquier sitio, es igual que sea aquí o allí, el ir al hospital es como coger tu coche e ir al taller para que lo reparen. Bueno, de alguna manera es así, ¿no? Sólo llevas tu cuerpo para que te lo arreglen”.

### *El tiempo encarnado*

En 1972 Simone de Beauvoir, influida por el existencialismo, se preguntaba sobre la coherencia y la alienación del ser en las mutaciones corporales que se derivan de nuestra transitoriedad: “Entonces, ¿me he convertido en otra mientras sigo siendo yo misma?” (Beauvoir, 1983:340). En el año 2008, en un programa de televisión entrevistaron a Isabel, una mujer de clase alta cuyo entrenador personal acudía a su casa para prepararles la sesión a ella y a su marido. Reafirmada por el consumo de tecnologías anti-edad, parecía tener menos zozobra sobre el paso del tiempo: “¿Qué edad tienes, si no es indiscreción?” le preguntó el entrevistador. “La que aparento”, respondió ella.

Las imágenes corporales están mediadas por un contexto sociocultural, por lo que desempeñan un papel sustancial en las percepciones y las experiencias de envejecimiento. La expresión de la vejez en nuestra cultura occidental es sobre todo visual, son las imágenes del cuerpo, la manifestación de sus signos. Las transiciones corporales: canas, arrugas, flacidez, ayudas para el desplazamiento, para la vista, etc., si bien son cambios más o menos significativos para cada persona, a nivel social llevan a unas interpretaciones concretas sobre la edad. La huella corporal del paso del tiempo produce inquietud y sitúa socialmente a una persona en la vejez y en sus estereotipos de declive. La edad, al igual que el género, la etnia o la clase, es una categoría relacional que es expresada y adquiere sentido durante la interacción social. Es por ello que el cuidado de la imagen constituye uno de los frentes principales en el desafío de la vejez, el locus donde materializar la identidad aspirada, y una de las vías para insertarse en el engranaje social.

En tanto que nuestra percepción está mediada por las percepciones de los otros, en los lugares de retiro las personas mayores también cuidan su imagen. El ejercicio, el sol, la dieta, la forma de vestir, son parte del trabajo corporal. Además, tienen oportunidades sociales para mostrarse y obtener reconocimiento, y tanto aprovechan la oportunidad para ir más informales, como para arreglarse cuando salen a cenar o acuden a eventos (O’Reilly 2000). No obstante, el desencuentro entre las imágenes de la vejez y las experiencias de envejecimiento sigue latente. Como ya hemos analizado, la imagen social de la vejez es contrastada con sus propias experiencias. No se sienten miembros de la categoría que les define socialmente. Del mismo modo, su imagen física puede estar en contradicción con sus propias percepciones corporales y con su edad sentida. La brecha entre la mirada propia y la ajena, entre el exterior y el interior sigue abierta.

Las fotografías y los espejos se tornan en espacios de interpelación etaria. Las fotografías permiten la comparación temporal de uno mismo en distintos momentos del curso vital. El espejo devuelve una imagen que es cotejada con las imágenes sociales del envejecimiento y con la propia percepción personal. El modelo estético del que disponemos no es estático (Freixas, 2002), por ello en ambos casos la simetría del ser es irregular y la apreciación sobre nosotros mismos negativa. Estos trazos los podemos observar en Grace cuando al poner juntas las fotos de su último viaje a Trinidad Tobago y las de hace diez años, lo primero que le vino al pensamiento fueron las diferencias, no las continuidades. Lo que vio es que había envejecido. Mary por su parte, tiene una imagen más distorsionada. Al preguntarle a Mary sobre lo que ve cuando se mira al espejo, su respuesta es que ve a otra persona mirándole: *“I see an old lady looking out at me”*.<sup>403</sup> El extrañamiento de Grace y la alienación de Mary nos trasladan a la misma inquietud de Beauvoir sobre la posibilidad de un yo estable ante el cambio.

Mary ha claudicado en su intento de tener una imagen menos envejecida. Desde que vive en España ha cambiado su color de piel y se siente algo mejor, pero no cree que su apariencia externa pueda cambiar mucho, por ello prefiere evitar espejos y que le hagan fotos. Con cierto sentimiento de culpabilidad remite al pasado para juzgar que quizás no se cuidó lo suficiente, y ahora ya es tarde. Para ella el daño ya está hecho. Lo que sucede es que no se siente tan vieja como la mujer que ve en el espejo:

*“I am getting older so that’s going to show anyway. I don’t know, I don’t feel when I look in the mirror that. Don’t like having my photograph taken either when I see this person that’s there. You forget... because, because, I don’t feel as old as I look. When I look at myself I don’t feel that old, and it’s like a shock, when I see myself on photographs, how much I’ve changed. And I feel better than I look. Perhaps I feel younger, that might be the problem. I still think I’m 22. I don’t feel that young, but I feel younger than I look in the mirror”*.<sup>404</sup>

La distorsión entre en su imagen personal es fruto de la tensión entre lo personal y lo social, entre el sentir y el percibir. Las imágenes del espejo no son coherentes con sus ganas y su ánimo. Su imagen es de vejez, y la vejez no se ha definido desde el impulso vital que ella siente. No obstante, hay que señalar que la apreciación negativa de Mary sobre su imagen no sólo remite al sistema de edad sino al de género. El estigma del envejecimiento físico y el edaísmo intersecta con el género, la clase, la etnia y otras

---

<sup>403</sup> “Veo una señora mayor mirándome”.

<sup>404</sup> “Me estoy haciendo mayor y eso se va a empezar a notar de todas maneras. No sé, no lo siento cuando me miro en el espejo. Tampoco cuando me hacen una fotografía y veo a la persona que hay ahí. Te olvidas... porque, porque no me siento tan vieja como lo que aparento. Cuando me miro a mí misma no me siento tan mayor; cuando me miro en fotografías y veo lo que he cambiado es como una conmoción. Me siento mejor de lo que aparento. Quizás me siento más joven, ese puede que sea el problema. Todavía pienso que tengo veintidós años. Quizás no tan joven, pero más de lo que veo en el espejo”.

marcas sociales del cuerpo. En el caso de las mujeres, las exigencias sociales para tener una apariencia física de juventud y belleza resultan un lastre mayor, sobre todo cuando esta imagen ya no puede ser mantenida. Es lo que Susan Sontag (1978; en Freixas, 2001:245) llama el doble estándar del envejecimiento, entendido como la doble devaluación social que sufren las mujeres mayores, que al hecho de envejecer tienen que sumar su posición desigual de género. En este sentido es significativo que varias mujeres manifestaran una imagen negativa de sí mismas y su deseo de perder peso. Mary incluso se unió a un grupo para adelgazar organizado por extranjeras. En cambio, tanto su pareja Steve como otros hombres citaban el hecho de haber ganado algo de peso desde que están en España, como un síntoma de salud.<sup>405</sup>

Numerosos trabajos dan cuenta de la alienación experimentada por la gente mayor cuando son percibidos como mayores, y la tensión entre el yo *interno* y el yo *externo* que produce el envejecimiento desde la percepción de nosotros mismos y de nuestro envejecimiento físico y cronológico. La expresión de la máscara del envejecimiento (*mask of ageing*) (Featherstone and Hepworth, 1991) refleja esta contradicción entre la superficie y competencias corporales, y la propia vivencia. Para Biggs (1993) la máscara forma parte de una estrategia más amplia de mascarada con la que se trata de ocultar los signos del envejecimiento. Al igual que sucede con el género, el sujeto autoproduce su identidad etaria a partir de lo que Foucault (1990) llama tecnologías del yo.<sup>406</sup> Actúa sobre sí mismo utilizando tecnologías de la imagen como la moda, los cosméticos, la dieta, el ejercicio, la cirugía, los *liftings*, las liposucciones o el *botox*, que enmascaran la evidencia del envejecimiento y, en consonancia, la edad cronológica. En el siglo XX, las personas mayores han pasado de ser supervivientes sujetos al declive y la dependencia, a personas sin edad consumidores de un mercado privatizado y medicalizado, marcado tanto por la conciencia de la edad como por la evitación de la misma. Un territorio de la longevidad y su potencial comercial que refleja las desigualdades de acceso que acompañan la extensión de la vida, por lo que hay autores que proponen que las políticas públicas se encaminen a cambiar la percepción social hacia las personas mayores más que su cuerpo, del mismo modo que se hace con la discapacidad (Blaikie, 2004; Biggs, 2006). No obstante, el envejecimiento tiene una expresión corporal que no se puede contener *ad infinitum*. Cuando no podemos modificar la apariencia, la funcionalidad, ni tampoco las

---

<sup>405</sup> Para un análisis más completo sobre las diferencias de género en cuanto a la imagen corporal y el cuerpo, véase Esteban (2004).

<sup>406</sup> Siguiendo la definición de Foucault, las tecnologías del yo son aquellas que “que permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad” (Foucault, 1990:48).



percepciones sociales y las jerarquías de edad, el desdoblamiento del yo es la única posibilidad de seguir existiendo de manera socialmente aceptable. La mente y la actitud es la vía para adherirse a los postulados de salud, y el lugar desde donde resistir los envites físicos y sociales del envejecimiento.

### **8.5. “The pleasure goes”<sup>407</sup>**

Obviar la edad y los sinónimos de la vejez es una tarea difícil, ya que la edad filtra la concepción de sí mismos, su capacidad para asimilar nuevas cosas, y cómo se proyectan. España rejuvenece pero al tiempo acentúa la conciencia del proceso de envejecimiento. Es el lugar para descubrir y aprender novedades, pero la edad a la que se migra ralentiza el ritmo de aprendizaje. Son conscientes de ello en las clases de español, cuando les cuesta memorizar. España es considerada como un lugar idóneo donde incorporar estilos de vida saludables y activos, pero al tiempo es un entorno de riesgos. Los lugares de retiro no sólo tienen vegetales y fruta fresca, también tienen alcohol barato, como señalábamos en anteriores capítulos. Y en ocasiones se hace difícil manejar las expectativas generadas por el buen envejecimiento en estos espacios de ocio con la presión de estar activos y de socializarse, actividad última, en la que la comida y el consumo de alcohol juegan un papel relevante (Oliver, 2007:104).

Por otra parte, las casas de ensueño y las urbanizaciones empiezan a tener carencias. Las casas no han cambiado pero ellas y ellos sí. Las escaleras que otrora permitían otear el horizonte, son ahora una dificultad para acceder al primer piso. Cuando ya no se puede conducir, el entorno de las urbanizaciones o de las casas en la sierra empieza a tener inconvenientes. Las inmobiliarias les vendían casas y con ello salud, pero conforme pasa el tiempo, las dificultades para unas condiciones adecuadas de vida en muchas ocasiones vienen dadas justamente por el tipo de casa y el entorno en el que habitan (Breuer, 2005; Hardill et al., 2005). El aislamiento de algunas zonas rurales, los diseños urbanísticos, y el despoblamiento de algunas de las urbanizaciones en determinados periodos,<sup>408</sup> la carencia servicios públicos de transporte o las insuficiencias en las condiciones del hogar hacen que el proyecto migratorio pueda verse frustrado.

---

<sup>407</sup> “El placer desaparece”.

<sup>408</sup> Un triste suceso ocurrido en enero de 2006, sirve de ejemplo extremo de las circunstancias a las que el aislamiento, tanto físico como social, puede acarrear. En Benissa (Alicante) fueron hallados en su domicilio tras 40 días, los cuerpos sin vida de un matrimonio británico. La muerte de ambos pasó desapercibida por hallarse la zona vacía por la Navidad, pues sus vecinos de las casas colindantes, muchos británicos como ellos, habían vuelto al Reino Unido para pasar las fiestas con la familia. Al parecer, el hombre de 81 años pudo morir de una trombosis y su esposa, de 89 años, deshidratada al fracturarse la cadera mientras trataba llegar al teléfono para pedir ayuda.

El paso del tiempo también hace reconsiderar los estilos de vida y los patrones de movilidad mantenidos durante años, como hace Paul:

*“In my own mind I would be quite content to live here in the sun in the winter and back in Wales in the summer, which is what we’re doing now. But I’ve got to stop moving, because we keep moving house. And say if we decided to do, we haven’t decided yet, but if we decided I would be quite happy to stay here in the winter and then in Wales in the summer. Because obviously the older we get then we’re not going to be able to go travelling around the world anyway. I mean, it’s ok saying go to China and these places and see the Great Wall, but it’s a lot of walking, a lot of on your feet, and there’s no way I can do that. The pleasure goes, you see. So ok if they do this and I can do then we might decide to do that, you see. But looking ahead I’d be quite content to stay here. Who knows, I might even live here permanent, the older I get. Because at the moment we drive over as you know. We drive the car because we need a car there and we need a car here, so we drive over and drive back. But the time is coming when we won’t be able to drive, you see, so we’ll have to fly and then someone meets us at the airport”.*<sup>409</sup>

La migración de retiro plantea una dialéctica entre los intentos de alcanzar una determinada calidad de vida y los obstáculos que encuentran. Hay aspiraciones y logros pero también contrapartes. Los lugares de retiro permiten crear identidades de envejecimiento positivas a través de unas condiciones climáticas, sociales y materiales que facilitan los estilos de vida aspirados, así como mediante la relativización de la edad, pero no están exentos de contradicciones (Oliver, 2007:83-112). La naturaleza ambigua y paradójica del envejecimiento se asienta en la incertidumbre de lo que pasará en adelante. La pérdida de facultades mentales es uno de los temores, y el humor negro una vía para exteriorizarlos y para formular sus deseos de futuro:

Judith - *“Here, not getting too ill just going suddenly”.*

Grace - *“Well, exactly. But we’ve got no control over that, unfortunately.”*

Judith - *“Lose some weight that might help”.*

Ann - *“I think that’s the worst thing, isn’t it, to look ahead and to actually see people who are finding it very, very difficult, and there’s the question of mental health as well. A lot of people don’t understand that...”*

Grace - *“That’s what bothers me, the mental health”.*

---

<sup>409</sup> “Creo que estaría bastante satisfecho de vivir aquí durante el invierno, y en Gales durante el verano, que es lo que estamos haciendo ahora. Pero tendré que parar de moverme, porque estamos continuamente mudándonos. Y si decidiéramos hacerlo, lo cual todavía no está decidido, pero si fuera así, estaría bastante feliz si nos quedáramos aquí en invierno y en Gales en verano. Porque es obvio que al hacernos mayores, menos podremos viajar por el mundo. Quiero decir, está muy bien decir que vamos a la China y a ver la Gran Muralla, pero hay que caminar mucho y no hay manera, no puedo con ello. El placer desaparece. Pero pensando en el futuro, creo que estaría satisfecho si me quedara aquí. Quién sabe, igual me quedo permanentemente cuando envejezca. Porque por el momento venimos en coche, como ya sabes. Conducimos porque necesitamos el coche allí y también aquí, por lo que vamos y volvemos en coche. Pero llegará un día en el que no podamos conducir, ¿ves?, por lo que tendremos que venir en avión y alguien tendrá que venir a buscarnos al aeropuerto”.

Ann- *“There are a lot of, well not a lot thankfully, but there are Brits out here who do suffer mental problems who won’t admit that they suffer mental problems so they won’t go to doctors and so their condition gets worse and worse. And usually a person like that they stop taking care of themselves, they don’t look after their property, their health deteriorates, they alienate all the neighbours because they tend to shout and swear at their neighbours and so they lose their friends, their neighbours don’t want anything to do with them. And I just look ahead and please God let me have a quick death, let me not become a burden on my husband and please God don’t let me have some awful disease or problem that will become problematic for me as I go into my declining years”.*

Grace - *“Well there’s always a plastic bag and a bottle of cherry brandy. Then it’s all over.”*  
(rien todas)

Ann- *“I’d need the plastic bag if I drunk cherry brandy it’d all come up”.*

Grace - *“You can also grind up some aspirin or paracetamol or something and that’s it”*

Ann - *“Yes but some of us, you see, well unless our mental, some of us suicide is just a no option.”*

Rose - *“It would also be whether you were compus mentus enough to do it”.*

Ann - *“Well that’s right”.*

Grace - *“I would draw the line at jumping off a cliff”.*

Ann - *“I think that’s”.*<sup>410</sup>

El suicidio como vía de escape del declive no sólo apareció de forma tragicómica en el grupo de discusión. El 8 de octubre de 2009 aparecía en los periódicos locales anglófonos la noticia del suicidio de David y Heather, una pareja de británicos residentes en la urbanización La Marina en San Fulgencio. Al parecer a ella, de cincuenta y ocho años, disparó a su marido de setenta años y se mató a continuación. Se supo de su muerte porque un amigo fue a recogerlos para llevarles al aeropuerto dado que la hermana de ella llegaba de visita esa misma tarde. Estuvo llamando largo rato al timbre pero nadie respondía. La pareja dejó la documentación a mano, comida y agua para sus animales, dos perros, un gato y un loro. Llevaban ocho años en España y eran muy populares en el vecindario. En las noticias se vinculaba el hecho del suicidio

---

<sup>410</sup> Judith – *“Mira, irme de repente sin sufrir demasiado”.*

Grace – *“Sí, exacto. Pero desgraciadamente, eso no lo podemos controlar.”*

Judith – *“Perder algo de peso, eso puede ayudar”.*

Ann – *“Pienso que eso es lo peor que te puede pasar, pensar en el futuro y ver que hay gente que lo está pasando muy mal. Y luego está el tema de la salud mental también. Mucha gente no lo entiende...”*

Grace – *“Eso es lo que me preocupa, la salud mental”.*

Ann – *“Hay muchos británicos, bueno gracias que no hay tantos, por aquí que tienen problemas mentales que no admiten y no acuden a los médicos, por lo que su situación no hace más que empeorar. Normalmente, personas así dejan de cuidarse a sí mismas, de hacerse cargo de la casa, su salud se deteriora, se distancian de sus vecinos porque tienden a gritar y a decirles palabrotas y pierden a sus amigos. Sus vecinos no quieren saber nada de ellos. Y pienso en el futuro y digo, por favor Dios, deja que tenga una muerte rápida, no dejes que me convierta en una carga para mi marido y, por favor Señor, no dejes que tenga una enfermedad o una situación problemática cuando lleguen mi últimos años”.*

Grace – *“Bueno siempre nos quedará una bolsa de plástico y una botella de brandy. Entonces se acabará todo (todas rien)”.*

Ann – *“Definitivamente necesitaría una bolsa de plástico si me bebiera una botella de brandy”.*

Grace – *“También puedes machacar algunas aspirinas o paracetamol o algo y ya está”.*

Ann – *“Sí pero para nosotros, ves, bueno a menos mentalmente, para nosotros el suicidio no es una opción”.*

Rose – *“Sí también dependería de si estás suficientemente bien de la cabeza para hacerlo”.*

Grace – *“Por nada me tiraría por un precipicio”.*

Ann – *“Creo que eso es”.*

con que David había sufrido una serie de infartos, y también se comentó que podía estar pasando por una depresión. El deterioro de su salud se utilizaba para intentar comprender por qué ya no les merecía la pena vivir.

No obstante, algunas personas manifiestan que aun siendo conscientes de la pérdida de sus capacidades y de que la autonomía va a ir convirtiéndose en interdependencia, se confirman en su decisión de permanecer en sus lugares de retiro e ir adaptándose a la nueva situación. Madeleine ya ha hecho algunos cambios para poder seguir en su casa y con su vida en la urbanización:

*“But it’s just really the practicalities I worry about now. I’m not getting any younger. As long as I can keep active I shall keep going, and that keeps you young. But you do have to think about the future. All these plans that someone has keys to the house, and I’ve now had a telephone put in the bedroom, so I have a phone in two areas now. So if I am taken ill while I’m in bed I’ve got a phone there and if I can’t get out of bed I’ve got the phone that I can ring whoever’s got the key and they can come in. So they’re the sort of things I’m looking to. And hospitalization and that, I suppose, well the friends would rally round. But friends are different to family; friends can’t come all the time. And they won’t come and sit with you 24 hours, things like that. They’re very good friends but they have their lives to lead. And although I would give them my time, I’m good at giving but I’m very bad at receiving. If someone buys me a gift, I never know what to say and I feel very bad at accepting it. I’m great when I’m giving people, I’d rather be the one giving gifts and everything. I’ll never have any money because I give it away right left and centre. As long as I’ve got enough to live on, I’m happy. I’m not bothered about big bank balances and things like that. I’m happy, as long as I can pay my way and I can eat and I can get out and about, I’m fine. I don’t have to have a huge bank balance to do that”.*<sup>411</sup>

Los proyectos de envejecimiento positivo y de autonomía no sólo colisionan con sus cambios corporales, sino con el contexto sociosanitario español, cuyos recursos son escasos en tanto que acordes con unos modos de entender vejez, familia y cuidados. Este hecho hace que tengan que buscar apoyo en otros ámbitos o barajar posibilidades como el retorno, tema que vamos a abordar en el último apartado.

---

<sup>411</sup> “Las cosas prácticas son lo que me preocupa ahora. Me estoy haciendo mayor. Mientras me mantenga activa continuaré, eso te mantiene joven. Pero tienes que pensar en el futuro. Todos esos planes como que alguien tenga la llave de casa, y ahora he hecho que me pongan un teléfono en la habitación, con lo que tengo un teléfono en dos sitios. De tal manera que si me pongo enferma estando en la cama, tengo un teléfono al lado; y si no me puedo levantar, lo tengo ahí para llamar a quien tenga la llave de mi casa para que venga. Esas cosas son las que estoy viendo. En cuanto a la hospitalización y eso, bueno supongo que los amigos se organizarían. Pero los amigos no son la familia. Los amigos no pueden venir siempre y no vendrán para estar a tu lado las 24 horas. Son muy buenos amigos pero tienen sus vidas. Y aunque yo les diera mi tiempo, se me da muy bien dar pero no tanto recibir. Si alguien me compra un regalo, nunca sé lo que decir y me siento mal al aceptarlo. Me siento bien cuando le doy a la gente, prefiero ser yo quien hace los regalos. Nunca tendré dinero porque lo doy por aquí y por allá. Mientras tenga suficiente para vivir, soy feliz. No me importa tener una gran cuenta corriente ni cosas así. Soy feliz mientras me pueda costear mi vida y tenga para comer y salir. No necesito una cuenta corriente llena de dinero para hacer eso”.

## 8.6. Sorteando umbrales

España es destino de jubiladas y jubilados noreuropeos por sus atribuciones de salud, seguridad y sociabilidad. Pero también los es porque, eligiendo este entorno para vivir sienten que pueden confrontar mejor las imágenes negativas asociadas al envejecimiento, desarticular el estatus naturalizado de la vejez mostrando su insolvencia para identificarlos, y ganar capital social en base al disfrute de un cronotopo de bienestar y longevidad. Son contextos favorecedores en los que no sólo desarrollan una vida activa, saludable y sociable, sino que comparten determinadas aspiraciones y estilos de vida con otros miembros, en una suerte de comunidad imaginaria de los que envejecen positivamente (Oliver, 2007).

También sabemos que no todo son éxitos. La edad adulta es un lugar social e identitario de discordancia y contradicción. La llamada a permanecer jóvenes, a mantener un estándar corporal de salud y apariencia, y al consumo de bienes simbólicos choca con límites fisiológicos. Es en esas fronteras donde las críticas manifiestan el fracaso del modelo. Un ideal de envejecimiento que, como desarrollamos en el capítulo segundo, es criticado porque se basa en la negación del mismo, porque presiona a asumir determinadas prácticas y actitudes para no ser considerados desde el estigma, y porque no subvierte el sistema sino que se reintegra en él convirtiendo el envejecimiento en un espectáculo de consumo.

Siguiendo las voces críticas sobre el modelo de envejecimiento positivo, podríamos cuestionar si la inmigración de retiro es un modelo de agencia o una muestra de negación de los límites y, por lo tanto, de acatamiento de unos modelos que devienen en riesgos para la salud. En este sentido he de decir que coincido con los planteamientos anteriores, pero no en sus interpretaciones de las experiencias de las personas mayores. Los estilos de vida de los inmigrantes de retiro son disonantes con respecto al modelo estigmatizador de la vejez, pero consonantes con los postulados del envejecimiento positivo. Es decir, que por un lado exceden la norma, pero por otro también se construyen en y desde ella. Y puede que no subviertan el sistema etario y la dependencia estructural de las personas mayores, pero sí transitan márgenes en los que pueden ejercer agencia.

Las críticas vertidas a modelos programáticos de envejecimiento fallan en observar los sesgos de sus propias asunciones. Simon Biggs (2002) ha acuñado como *imperialismo de edad* (*age imperialism*) la imposición de metas, prioridades y agendas de un grupo de edad dominante sobre las vidas de otros grupos de edad. Pero podríamos añadir que también es un ejercicio de imperialismo etario pensarlos meramente como cautivos de unas propuestas a las que se adhieren acríticamente, al dictado, o como meros emuladores de una juventud quimérica. En términos identitarios se habla de la

empresa para mantenerse jóvenes y del rechazo y resistencia al envejecimiento a partir de la reinención y la negación de los límites (Biggs, 2006:98). Pero se cuestiona la vejez sin cuestionar la juventud, la adultez o la infancia. Y se obvia que la reinención, la negación, los límites, el riesgo, la enfermedad y la muerte, no son sólo patrimonio de las personas mayores.

Es cierto que los postulados del envejecimiento positivo son consonantes con los valores asociados a la juventud, pero la juventud no es una esencia ni un eje de lo real, del mismo modo que las personas mayores no son sus imitadoras. Los estilos de vida, las prácticas y discursos de las personas mayores son vistas como impostaciones de una identidad dada, a otra aspirada. Una perspectiva con la que se está devaluando su capacidad de crear y reciclar significados y significantes. Desde dichas posiciones cabría hacer un planteamiento en términos identitarios y epistemológicos ¿qué es ser joven?, ¿qué es ser viejo? A lo que cabe añadir que los valores de actividad, vitalidad, aventura y ocio exceden la publicidad entre las personas mayores, para extenderse al resto de grupos de edad. El consumo de bienes y estilos de vida en la tercera edad tampoco es patrimonio exclusivo de ésta. Todas las edades tienen sus respectivos estilos de vida definidos, y su mercado de bienes, tanto materiales como simbólicos, sean niños, jóvenes o adultos.

Puede que para hacer un análisis más abierto haya que explorar otros horizontes de referencia más allá de la emulación a la juventud, y fijar la mirada en otros aspectos que nos permitan analizar mejor los procesos de innovación en las culturas de envejecimiento. De lo contrario, tanto postulados como críticas van a seguir moviéndose en el mismo sistema hegemónico de juventud como de identidades de edad fijas.

En el seno del *establishment* también hay negociación. El cuerpo y sus cambios abren un espacio de conciencia, de reflexividad y de disidencia hacia el canon histórico de la vejez, aunque para ello sigan el canon capitalista del consumo (como otras tantas esferas). Su resistencia y contestación se produce dentro del modelo existente, pero muestran que el envejecimiento no es un proceso fijo sino una experiencia subjetiva y social abierta. Puede que no desarticulen el imperialismo de edad, pero su posición no es pasiva. Buscan en el sistema las formas de acceder al reconocimiento y a la propia sostenibilidad, como veremos en el próximo capítulo.



## 9. Quién te cuidará. Encuentros y desencuentros asistenciales

Elizabeth ha cumplido sesenta y tres años. Dice ser consciente de que ya no tiene veintiocho, pero por ahora se siente bien. No tiene decidido qué hará en un futuro próximo porque al fin y al cabo, en la vida hay lances que no se pueden prever ni programar, y a menudo éstos son los que te marcan los caminos. Además, está convencida de que los problemas no hay que ir a buscarlos, vienen sin llamarlos. Por ello tomará las decisiones pertinentes cuando no se sienta bien. A pesar de esta filosofía de vida, reconoce que en estos últimos años la posibilidad de enfermar y de perder su autonomía le ha hecho reflexionar en clave de futuro. Es un sentimiento que ha ido asomando paralelo a unos síntomas que alertaban ser cosas más serias. Primero fue un bulto en el pecho, que resultó ser benigno; después, artrosis en el hombro. Tratando de evitar una inquietud innecesaria, no contó a sus hijos este segundo episodio. Ya se habían preocupado mucho con lo de la mama y al final resultó no ser nada. Pero lo del hombro no era baladí: no podía moverlo y ella vive a solas. “*What I’m doing to do if I lose the use of one arm?*”<sup>412</sup>, se preguntaba a sí misma enfrentada a un cambio corporal que de darse, la obligaría a adaptarse a una nueva situación. Finalmente la rehabilitación fue efectiva y pudo recobrar el movimiento, pero esta etapa de incertidumbre le hizo calibrar su situación, pensar en lo que le podría pasar y ponderar las posibles decisiones a tomar.

---

<sup>412</sup> “¿Qué haré si ya no puedo usar un brazo?”



De presentarse problemas serios de salud o dificultades para ser independiente, probablemente se inclinaría por volver a Inglaterra, tanto porque allí están dos de sus hijos como por la disponibilidad de cuidados en el entorno hospitalario. La sanidad española le parece mejor que la del Reino Unido, pero si fuera hospitalizada en España necesitaría una ayuda con la que no cuenta: *“The care, very often in the spanish way, is the family help”*.<sup>413</sup> Afirma que en España cuando alguien está en el hospital, la familia ayuda en las tareas de aseo personal o de alimentación. En Inglaterra no es necesario, pues la presencia de la familia se entiende desde el acompañamiento, no desde los cuidados: *“In England, everything is done for you, absolutely everything. When your family come, they just come to visit for an hour. There is no help expected from the family from the medical point of view”*.<sup>414</sup> Elizabeth nunca ha estado en un hospital español, pero al igual que la mayor parte de jubilados extranjeros, da por hecho que en España la familia se encarga de atender las necesidades de cuidados de sus miembros, ya se den durante un ingreso hospitalario o en el domicilio. Unos modelos de representación de la familia y el cuidado que se refuerzan al amparo de los discursos y prácticas de quienes les atienden en los dispositivos asistenciales, así como desde la escasa oferta de servicios para la atención a la dependencia que disponen en el contexto de acogida.

La autonomía mostrada por los inmigrantes de retiro que en los comienzos viene propiciada por una capacidad económica suficiente y un estado de salud subjetivo aceptable, puede tornarse en dependencia ante la enfermedad o conforme se va envejeciendo. Como veíamos anteriormente, el hecho de ser personas mayores, que en su mayoría no hablan español de manera fluida y que no cuentan con la cercanía de las redes familiares, perfila sus demandas de atención sociosanitaria en los dispositivos públicos alicantinos. Esta situación deriva en un desencuentro entre la oferta y la demanda en tanto que en el contexto español, hoy por hoy, la familia sigue siendo imprescindible para afrontar situaciones de dependencia. Esto supone, por un lado, que en aquellos ámbitos en los que las instituciones delegan la atención en la familia es posible que aparezcan tensiones y conflictos si la misma está ausente. Por otro lado significa que sus demandas, temporales o permanentes, no pueden ser bien atendidas.

En este capítulo vamos a indagar en los escenarios, las relaciones y las expresiones socioculturales en torno a *los cuidados* que adquieren mayor relevancia en esta movilidad. Los abordaremos desde sus prácticas concretas pero trataremos de situarlos en un contexto amplio, como parte de relaciones políticas y económicas articuladas en un sistema cultural de significados (Comas D’Argemir y Roca, 1996;

---

<sup>413</sup> “Los cuidados, a menudo en la manera española, es la ayuda de la familia”.

<sup>414</sup> “En Inglaterra te lo hacen todo, absolutamente todo. Cuando tu familia viene, sólo es para visitarte una hora. Desde un punto de vista médico, no se espera el cuidado de la familia”.

### Capítulo 9. *¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales*

Comas D'Argemir, 2000). En este sentido, es necesario retomar lo expuesto en los capítulos previos, así como enmarcar sus vivencias de autonomía y dependencia en sus relaciones familiares, en donde se conforman y discuten sus propias lógicas. La inmigración de retiro se convierte en un escenario idóneo para el análisis transcultural de las prácticas de apoyo y cuidado, al mismo tiempo que permite objetivar sus implicaciones de género, parentesco y edad como realidades socioculturales en debate y contraste. Nos fijaremos particularmente en la experiencia de las mujeres,<sup>415</sup> en quienes las distintas dimensiones de *los cuidados* quedan resignificadas al amparo de sus propios contextos socioculturales, familiares, sus trayectorias vitales y su proceso migratorio.

Retomaremos lo expuesto en el capítulo cuatro, pero esta vez desde una perspectiva más relacional. Volveremos a indagar detenidamente en cómo las distintas expectativas sobre la atención, sobre todo en el caso de personas mayores, generan desencuentros entre la oferta y la demanda. Unas fisuras en la organización de los recursos sociosanitarios, que están en estrecha conexión con los distintos modelos sociales y políticos en torno a la sostenibilidad de la vida, la posición que las familias ocupan en ellos -en particular de sus mujeres-; así como con las disposiciones que las instituciones y los dispositivos sociosanitarios adoptan respecto del fenómeno de la migración. Ante la falta de respuesta a sus necesidades, los extranjeros se organizan para procurarse ayuda mutua a través de asociaciones, redes de compatriotas, de vecindazgo y amistad. Estas redes nos llevan a una doble reflexión, a observar los enclaves de retiro desde otra perspectiva, la de la accesibilidad a los recursos; y a plantearnos que quien cuida no es necesariamente una persona concreta, sino que puede ser un sujeto colectivo. Cerraremos el capítulo abordando las dificultades que entraña equilibrar el presentismo que preside la orientación vital de esta migración, con la gestión de la incertidumbre en un entorno sociocultural y material en el que la sostenibilidad no está del todo garantizada.

---

<sup>415</sup> Los cuidados están presentes tanto en hombres como en mujeres, pero mientras que en las entrevistas con hombres aparece como una cuestión más pragmática, en ellas es un tema más recurrente que adquiere un énfasis y una carga emocional mayor. Por esta razón el presente capítulo se centrará en la experiencia de las mujeres jubiladas, principalmente británicas. Una síntesis de este capítulo se puede leer en Hurtado (2010).

## 9.1. El lugar de la familia

Los cambios sociales y demográficos acontecidos en las últimas décadas, han modificado la estructura, tamaño, forma y funciones de las familias occidentales, así como la posición que las mujeres ocupan en ellas y en la sociedad. Algunas de estas modificaciones han afectado a la cercanía residencial y a la estabilidad de las estructuras y relaciones familiares, provocando fisuras en la asunción de la prestación de servicios por parte de la familia y de sus mujeres, a las que se les ha delegado y delega gran parte de las actividades de cuidado. Hay que matizar que si bien estos cambios han afectado de manera generalizada a las sociedades occidentales, cada contexto presenta particularidades en razón de sus raíces culturales y de su propio devenir histórico.

En la sociedad española los servicios sociales formales tan solo llegan a un 10% de la población mayor que no puede valerse por sí misma. Ante la aparición de la discapacidad y la dependencia, la necesidad de contar con un miembro de la familia como fuente de ayuda sigue siendo indispensable. En estas circunstancias, la transferencia intergeneracional de cuidados se ve facilitada mediante la reducción de la distancia entre los miembros de la familia (Puga, 2005). En ocasiones, son las madres y padres que requieren atención los que migran buscando la cercanía a sus hijos; sin embargo, en la inmigración de retiro son los padres y las madres los que ponen distancia respecto a sus hijos alejándose, aparentemente, de los recursos que la red familiar proporciona. Digo aparentemente, porque los contextos culturales bajo los que se interpretan los imperativos morales, las expectativas y las obligaciones familiares con respecto a los cuidados intergeneracionales difieren. La cercanía física a la familia figura en el orden vital de algunas personas pero no en el de otras. Hay quien migra para un mayor bienestar pero permaneciendo al cuidado de su familia, y quien migra con el objetivo de mejorar su calidad de vida pero sin la condición de la proximidad familiar.<sup>416</sup> Lógicas no siempre articulables socialmente si los mayores, al migrar, comprometen a unas instituciones cuya dinámica funciona gracias a que se delega gran parte de la atención en familias y mujeres.

En el Estado español es frecuente encontrar trabajos en los que las dificultades de atención a la salud que experimentan las personas jubiladas en España, se plantean desde el hecho de que su red familiar no está cerca. Si bien es cierto que en el entorno

---

<sup>416</sup> Según datos del Informe del año 2006 sobre personas mayores en España del IMSERSO, en ningún otro país es tan frecuente compartir la vivienda con los hijos como en España. En otros como Dinamarca, Alemania y Lituania vivir en pareja y con hijos es extraordinariamente infrecuente. España, sin embargo, marca los valores mínimos junto con otros dos de la Europa meridional (Grecia y Portugal) en la proporción de personas que viven solas; nada que ver con lo que sucede en Dinamarca, donde los mayores tienen escasísimas probabilidades de vivir en pareja, quizá por razón de las tasas de divorcio (2007:249-260).

## Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

español el apoyo familiar sigue siendo necesario, cabe matizar que ésta no deja de ser una interpretación *etic* dado que está basada en unos valores y expectativas culturales determinados, así como en una coyuntura institucional ajena a la suya. Un enunciado que se puede deslizar por la asunción de que la presencia familiar en *los cuidados* además de ser indispensable, es obligatoria. De este modo se colabora en perpetuar la posición de las mujeres como cuidadoras, en oscurecer el papel activo que los mayores desempeñan en su autoatención, y en invisibilizar la interdependencia existente en las relaciones intergeneracionales.

### 9.2. Familia, cuidados y movilidad

Los noreuropeos en España viven un cambio sociocultural importante en lo que respecta a modelos de familia y organización de la atención a la salud. Identifican la familia española a partir de valores vinculados con la proximidad y el cuidado entre miembros de varias generaciones. Un tipo de familia “tradicional” preservado, por el momento, de la imparable modernidad. Y que, como vimos, conforma un espejismo de su memoria familiar. La cohabitación de distintas generaciones en el mismo hogar y la frecuencia de sus encuentros, ejemplifican la orientación familiar de la sociedad española. Una tendencia que, según Madeleine, está extinguida en el Reino Unido a causa del individualismo:

*“It’s more family orientated the life here in Spain. And the children and it’s lovely when you go along the promenade on a Friday night and you see grandma and granddad, mum and dad and the children and the baby in a pram. Grandma’s pushing the pram; but as a family group. Now in England everyone’s doing their individual thing and they’re all doing their own thing and so therefore it’s very rare that families are together, they don’t live together. As soon as a child is old enough to get married they buy a home of their own and move away and they live their own life. They bring their children up and then their children move away and bring theirs up. They don’t stick together like they do in Spain”.*<sup>417</sup>

Su descripción del sujeto de la Inglaterra actual podría ser suscrita por muchos jubilados en la Costa Blanca. Los discursos sobre la familia en el Reino Unido se formulan en contraste con el modelo español como una pérdida de valores. Por ejemplo Marion, que se marchó de su casa a los dieciocho años y mantiene algo de contacto con su madre, pero no se siente cercana a ella. Se le hace difícil explicar qué significa para ella la familia porque la identifica desde la pérdida: *“The family are there but it’s not, they’re not people that I would call upon in an emergency or for help in any way.*

---

<sup>417</sup> “La vida aquí en España gira más en torno a la familia. Es maravilloso cuando van por el paseo el viernes por la noche, y ves al abuelo y a la abuela, a la mamá y al papá y los niños y el bebé en el cochecito. La abuela empuja el cochecito y van todos en grupo. Ahora, en Inglaterra todos hacen su vida y se dedican a sus propios asuntos y es muy extraño ver a familias juntas. Y tan pronto como un hijo se hace suficientemente mayor para casarse, se compra una casa propia y se mudan para vivir su propia vida. Crían a sus hijos y entonces sus hijos se mudan y crían a los suyos. No se mantienen unidos como en España”.

*I think my family has just gone, in so many different ways, they've got their own lives.*<sup>418</sup>

Dorothy Jerrome (1990) destaca los diversos procesos demográficos, tecnológicos, legales, ideológicos y económicos que en los últimos 100 años han afectado a la familia en el Reino Unido. Los cambios demográficos han supuesto un descenso de las tasas de fertilidad y mortalidad; la reducción del tamaño de las familias, de la edad en la que se contrae matrimonio, así como del número de hijos nacidos por familia. Desde un plano tecnológico, afirma que la estructura de empleo se ha modificado con un aumento del número de mujeres que participan en el mercado laboral, lo que a su vez ha tenido repercusiones en los roles que las mujeres desempeñan en las familias. En cuanto al ámbito legal, las nuevas leyes que regulan el matrimonio, el divorcio y la homosexualidad han afectado la estructura y composición de las familias con un incremento de la proporción de familias separadas, reconstituidas y no convencionales en su estructura. Por lo que respecta al ámbito ideológico, dentro de las políticas sociales ha habido gran énfasis en el cuidado comunitario, legitimado por un modelo conservador de familia como opuesto al cuidado dentro de las instituciones. El cambio en las ideologías sobre el matrimonio y el parentesco ha introducido nuevos conflictos de valor en el seno de las familias. Por último, se ha producido un aumento de los niveles de solvencia, y la introducción del Estado de Bienestar ha permitido el ejercicio de elección en las relaciones familiares, lo que ha llevado a que los lazos entre padres mayores e hijos adultos estén gobernados cada vez más por el sentimiento, que por la obligación.

En esta nueva coyuntura familiar se han generado las condiciones propicias para que las migraciones de retiro se den, es decir, ha supuesto el sustrato sociocultural y económico bajo el cual el cambio residencial es deseado, factible y plausible. Unas transformaciones que han afectado a la consideración de *los cuidados* desde el ámbito de las políticas sociales y desde las propias familias. Su provisión se sigue estableciendo desde los márgenes emocionales del afecto y los morales del deber, pero su expresión se resignifica a partir de nuevas situaciones familiares donde priman los valores de autonomía y donde la distancia no es dificultad para mantener relaciones de apego y atención.

---

<sup>418</sup> “La familia está ahí, pero no es a quien yo llamaría en una urgencia o para cualquier ayuda. Creo que mi familia de bastantes maneras, simplemente ha desaparecido, ellos tienen sus propias vidas”.

## Capítulo 9. *¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales*

### *“Go and do your thing.”<sup>419</sup> Las condiciones familiares para la migración*

La proximidad de la familia española es valorada positivamente, pero los inmigrantes de retiro reconocen que esta orientación colisiona con sus estilos de vida y con sus propias experiencias. En los discursos de los jubilados ingleses, la movilidad por motivos laborales y la consiguiente dispersión de los familiares se narra como una de las principales dificultades para recuperar ese tipo de familia española que aprecian, pero que asumen que no sirve para ellos. Una población que ha desarrollado otros valores más relacionados con las aspiraciones de autonomía.<sup>420</sup> Las relaciones se reconfiguran desde otras bases y otros países en los que, como relata Gilbert, la distancia es inevitable:

*“But I think it works several ways in England now. Um, the employment situation is not the same as it used to be. Employment is not secure. Once upon a time, you went to work for a company and you were secure in employment. Now, you may well have to move to another part of the country to keep your employment. So, the older generation understands that their children have to do that. They must stand independently and go somewhere else. So it works both ways. My daughter, certainly, when we suggested to my daughter that we were coming to live here, she said: ‘yes, good, what a great idea. Go and do your thing’, you know, and when she went to do something, ‘yes, do it’, so we actually quite deliberately separated ourselves, on a day to day basis. She cares for us very much but, in practice, what can she do. We are separated”.*<sup>421</sup>

Gilbert no solo habla de la separación con su hija en términos de dificultades, sino que admite que también le permite no tener ataduras para emprender proyectos como el de la migración: *“Each generation is on its own, which is why it is quite easy for a retired couple to immigrate to Spain because they are not close to their children anymore, their children have gone somewhere else to work”.*<sup>422</sup>

---

<sup>419</sup> “Ve y sigue tu camino”.

<sup>420</sup> En España, los mayores disponen de más hijos por término medio y la distancia física que separa a padres e hijos también es más reducida que en otros países. Otro dato que se señala son las pautas de emancipación más tardías de los jóvenes con respecto a sus familias de origen. En España, por ejemplo, casi la mitad de las personas de 60 a 79 años, según los resultados de SHARE (Encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa), convive con algún hijo, pero todavía por encima de los 79 años, más del 30% lo hace. Entre los que no tienen bajo su mismo techo a algún hijo, una inmensa mayoría tiene a alguno a menos de un kilómetro de distancia, confirmando la pauta de neo-localidad reducida que parece imperar entre las familias españolas, neo-localidad porque cuando los jóvenes forman sus familias lo hacen mayoritariamente en un hogar independiente, pero a una distancia reducida porque el nuevo hogar no suele establecerse a una distancia considerable de la vivienda de los padres. El resultado es que unos ocho de cada diez mayores tienen a un hijo a una distancia menor de un kilómetro de su propia vivienda. En el conjunto de los diez países la proporción es del 50% aproximadamente y sólo Italia y Grecia se aproximan a la norma española; en el otro extremo, Suecia y Dinamarca registran las proporciones más bajas, en estos dos países apenas uno de cada cuatro mayores tiene a un hijo en ese radio geográfico (IMSERO, 2007:249-260).

<sup>421</sup> “Creo que funciona de maneras diferentes en Inglaterra. La situación del empleo ya no es la misma. El empleo no es seguro. Hubo un tiempo en el que trabajabas para una empresa y tenías empleo seguro. Ahora puede que tengas que mudarte a otra parte del país para mantenerlo. Por eso las generaciones mayores entienden que sus hijos tengan que hacerlo, tienen que ser independientes e irse a otro sitio. Funciona en ambos sentidos. Mi hija, por cierto, cuando le dijimos que nos veníamos a vivir aquí, dijo ‘sí, estupendo, qué buena idea’. Id y hacéd vuestras vidas’. Y cuando ella se fue para hacer algo, le dijimos, ‘sí, hazlo’, por lo que, realmente, nos hemos ido separando poco a poco, en el día a día. Ella se preocupa mucho por nosotros pero, en la práctica, qué puede hacer. Estamos separados”.

<sup>422</sup> “Cada generación va por su cuenta, por ello es más fácil para una pareja de jubilados migrar a España porque

Paul tampoco sintió ninguna traba para migrar y establecerse en la Costa Blanca. Aunque sabe que vivir en el extranjero es para muchos una gran decisión, para él no supuso ninguna dificultad. Su trabajo en la marina mercante le había mantenido mucho tiempo lejos de su hogar, con lo cual su mudanza a España no implicaba desarraigo. Además, no tenía lazos familiares que le retuvieran. Cuando migró, estaba separado de su pareja y sus hijos tenían establecidas sus vidas lejos de donde él vivía por motivos laborales: *“I was on my own, so I had no ties. I was living quite a way away from the family anyway because the family had split; different places, they all had their own lives. I used to keep in touch, but we weren’t living on top of each other.”*<sup>423</sup>

Hay quienes sus cambios de residencia durante la etapa laboral, les ha configurado itinerarios biográficos más móviles y flexibles. Su predisposición para instalarse en un nuevo lugar, nace de su experiencia de transitoriedad residencial a lo largo del curso vital. En el caso de Lisa, esta flexibilidad incluso ha conformado su identidad: *“I can pack my suitcase and I can be off tomorrow to another place. I’m not one of these people who have to stay put. I’m an Essex girl”*.<sup>424</sup> Lisa no siente raíces en ningún lugar porque en su vida se ha desplazado muchas veces. A una de sus mejores amigas, a la que no ve desde hace treinta y cinco años, le ha dado ya dieciocho direcciones postales distintas. De hecho, lo que le sorprendía es que yo apenas me hubiera movido de mi ciudad natal.

La movilidad de retiro está abonada en una movilidad laboral previa y en unos ejes vitales más individualistas que favorecen la residencia en el extranjero. Pero no siempre la migración es esperable ni recibe la aprobación de los familiares. Hay casos en los que no reciben la “licencia para marchar” (Baldassar et al. 2007), y no siempre se viven libres de compromisos. Algunas informantes relatan cómo sus hijas e hijos, pero sobre todo sus padres o madres no aprobaban su decisión; bien porque eran muy mayores o porque se esperaba que atendieran a padres o nietos. Estas sanciones negativas recaen sobre todo en las mujeres, principales responsables de los cuidados. Una dedicación familiar que condiciona su posibilidad de migrar y su tiempo de disfrute de la jubilación, pero ante la que negocian y resisten.

---

ya no están cerca de sus hijos, sus hijos se han ido a cualquier lugar a trabajar”.

<sup>423</sup> “Yo iba por mi cuenta, no tenía lazos que me ataran. Vivía bastante lejos de mi familia porque la familia se había separado en diferentes lugares. Cada uno de ellos tenía su propia vida. Solía estar en contacto con ellos pero no vivíamos uno encima del otro”.

<sup>424</sup> “Yo puedo hacer la maleta y marcharme mañana mismo a otro lugar. No soy una de esas personas que tenga la necesidad de quedarse en un sitio. Soy una chica de Essex”.

### Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

*“Now it’s my turn”*<sup>425</sup>. La movilidad como estrategia de género en relación a los cuidados Tanto en hombres como en mujeres, la jubilación en el extranjero es justificada como un tiempo merecido para el disfrute tras una extensa dedicación laboral y familiar. Reclaman tiempo para sí mismos y para organizar sus días en las actividades que desean. La decisión de vivir en el extranjero es, en ocasiones, un intento por parte de las mujeres por recuperar sus vidas y su tiempo tras una trayectoria dedicada al trabajo y a los hijos, que en algunos casos continúa con la atención a nietos<sup>426</sup> y a sus mayores. La función socialmente asignada a las mujeres de ser las principales cuidadoras y mantenedoras de los lazos familiares les lleva a un proceso más reflexivo sobre estos procesos y sus contrastes sociales. Desde la perspectiva del curso vital y la migración emprendida, reelaboran su identidad y definen cómo entienden y quieren situarse respecto a las relaciones familiares.

Las generaciones de británicas jubiladas en la Costa Blanca están formadas por mujeres que han vivido en primera persona cambios sociales relevantes. Se han incorporado al mercado de trabajo, han tenido acceso al divorcio, y cuentan con una movilidad laboral y geográfica en sus trayectorias vitales más extensa que la de sus antecesoras. Sus ideologías con respecto al género son diversas en tanto que se trata de un grupo heterogéneo en el que incurren muchas variables que configuran sus experiencias. Aunque es común que en sus biografías destaquen lo familiar (matrimonios y descendencia) y lo laboral (promociones, movilidad, cambios, ascensos) como los ámbitos que han marcado algunas de las decisiones o aspiraciones más importantes de sus vidas. Por ejemplo, trabajar en una aerolínea fue para Jane una de sus mejores decisiones. El nuevo empleo le proporcionó la libertad que tanto deseaba y con ello, de algún modo, contrarrestó su matrimonio temprano:

*“One of the best things I ever did in my life, yes was when I decided to change course and go from working for a travel agent to working for an airline because it gave me my freedom... Here we go again. ...gave me my freedom, gave me my wings. I could do what I liked when I liked which I didn’t do because I got married too young. I always say that everybody has to have their wings at some time. You’ve got your wings now; you can do what you like. Now, if you’d got married when you were 20, at some time you’d have said, ‘I haven’t flown yet, I must’”*<sup>427</sup>.

---

<sup>425</sup> “Ahora me toca a mí”.

<sup>426</sup> Según los datos publicados por *The Indypedia* (Askwith, 2006), en el Reino Unido cada semana un cuarto de las familias con niños menores de quince años utilizan a un abuelo para cuidar a los nietos (unas 1,740.000 familias).

<sup>427</sup> “Una de las mejores cosas que he hecho en mi vida fue cuando decidí cambiar el curso de mi vida y dejé mi trabajo en una agencia de viajes para trabajar en una compañía aérea porque me daba libertad... Ahí vamos... me daba libertad... me dio alas. Podía hacer lo que quisiera cuando quisiera ya que no había podido hacerlo porque me casé muy joven. Siempre dije que todo el mundo tenía que abrir sus alas en algún momento. Ya tienes tus alas ahora, ya puedes hacer lo que te plazca. Ahora, si te casas a los veinte años, tarde o temprano te dices, ‘no he volado todavía, debo hacerlo...’”



Supuso independencia, nuevas experiencias, conocer a mucha gente. Era todo lo que anhelaba pues en su trayectoria vital la dedicación a los demás había sido su principal cometido; primero con varios miembros de su familia, su abuelo, su padre, su tía; y después con su primer marido, al que califica como mujeriego y autoritario. Al igual que ella, otras mujeres jubiladas coinciden en manifestar que casarse tan jóvenes limitó sus proyectos personales. Si se hubieran casado más tarde, habrían postergado la asunción de las responsabilidades familiares y podrían haber estudiado o trabajado en algo distinto a lo que lo hicieron. En estas narrativas sobre su pasado se puede entrever el germen de sus aspiraciones actuales. Tanto las mujeres que hubieran querido tener una vida más autónoma y si no renunciar al cuidado y sostenimiento de una familia, al menos posponerlo, como aquellas que se confirman en su trayectoria enfatizando su rol como cuidadoras familiares, coinciden en que lo que quedó pendiente y no pudieron llevar a cabo es parte del impulso que actualmente anima sus viajes, sus relaciones sociales, sus aprendizajes y su negociación de la dedicación hacia los demás. Quieren administrar su tiempo. Por ello, desde el lugar de retiro redefinen de manera transnacional su papel como cuidadoras. No hay que olvidar que muchas de ellas, en torno a los sesenta, se encuentran entre dos generaciones, la de sus padres-madres y la de sus hijos. Ésta ha sido llamada la generación “sándwich” o “pívor”, es decir, la de aquellas mujeres mayores implicadas entre varias generaciones que tienen que cuidar y atender tanto a sus hijos y nietos<sup>428</sup>, como a sus familiares mayores (Brody, 2004).

La atención a familiares forma parte de las razones por las cuales hay quienes han pospuesto su migración o su instalación permanente en España. Cuando se trataba de la atención a padres o madres, la fecha del traslado ha venido a menudo marcada por su fallecimiento. Éste es el caso de Steve y Mary, que no migraron definitivamente hasta que la madre de él falleció. Un elemento que habitualmente condiciona la movilidad y que, sin embargo, no suele aparecer en las ecuaciones migratorias que se extraen de las estadísticas. Una vez libres de compromisos familiares, ambos realizaron la mudanza definitiva. Según manifiesta Steve, ahora que sus familiares han quedado atrás sienten que pueden dedicarse a sí mismos y disfrutar el momento:

---

<sup>428</sup> Esta relación ha recibido el nombre de “Síndrome de la abuela esclava” en el que se señala la sobrecarga y estrés que se produce en esta generación de mujeres, que se ven impelidas a hacerse cargo de la atención continuada de los nietos en un momento de su vida en que este trabajo afecta negativamente a su salud, además de ponerlas en situación de desaprovechamiento de oportunidades para su bienestar (Rodríguez, 2002:124).

## Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

*“Now we’re doing something that we’ve probably never done before in our lives, which is just leaving them. We don’t have to consider, you know, the children growing up and my mother, Mary’s parents when they were alive, those things, they’re not there in front of us anymore because our lives have moved on. So we are just enjoying our life at the moment”.*<sup>429</sup>

Hay quienes no han migrado hasta que sus responsabilidades no han cesado, mientras que en otros casos han negociado su presencia o directamente han desafiado las expectativas familiares. Cuando Josephine comunicó a sus hijos su decisión de marchar a España, ellos no lo aceptaron de muy buen grado. Aun así, ella no se plegó a esta negativa. Quería disponer de su vida y su tiempo, justo lo que les había dedicado a ellos durante décadas y que ahora necesitaba para sí: *“You know, you’re 30. I’ve given you 30 years of my life. Now it’s my turn for me. You know, I feel, I need time. I gave them everything I could”.*<sup>430</sup> Ahora se siente feliz e intenta disfrutar del presente porque su edad le hace más consciente de que todo es efímero y, dado que es ineludible, prefiere vivir esa verdad incontestable al sol: *“I’m happy. That’s right, we’re all going to die one day, and we just don’t know what day. So each day we wake, we think, another day, a good day. It’s even better if it’s sunny”.*<sup>431</sup>

Madeleine comparte el mismo sentimiento y expresa la misma reivindicación. Había trabajado toda su vida y criado a sus hijos junto a Ray, por lo que no tuvo tiempo para tener vida social. Concluida esa etapa y su dedicación a los demás, quería mudarse a otra casa, a otro país, y recuperar su vida en común con su pareja:

*“I wasn’t in the community side of it. I worked from eight o’clock in the morning until six o’clock at night. I never got mixed up in the community or anything like that. It was just Ray and I. My family and Ray and I. And in England that’s the way it is. And as they grow up and leave home, we said, ‘right we’re going to Spain, it’s our time now’. We’ve done our best, they’ve got their businesses now, they’ve got their money, they’re fine, their children are fine. And that’s it, so now we can move away, have a life for us, and do the things we want, but still have them with us”.*<sup>432</sup>

---

<sup>429</sup> “Ahora estamos haciendo algo que probablemente nunca hubiésemos hecho antes, que es dejarles. No tenemos que considerar, ya sabes, los niños creciendo y mi madre, los padres de Mary cuando estaban vivos, esas cosas, ya no están aquí en frente de nosotros porque nuestras vidas han cambiado. Por eso ahora estamos disfrutando de nuestras vidas en el presente”.

<sup>430</sup> “Ya sabéis, tenéis treinta años. Os he dado treinta años de mi vida. Ahora me toca a mí. Sabes, siento que necesito tiempo. Les di todo lo que pude”.

<sup>431</sup> “Cada generación va por su cuenta, por lo que es más fácil para la gente jubilada emigrar a España porque ya no están tan unidos a sus hijos, sus hijos se han ido a trabajar a otro sitio”.

<sup>432</sup> “No formaba parte de la comunidad. Trabajaba desde las ocho de la mañana hasta las seis de la tarde. Nunca me involucré en la comunidad o algo por el estilo. Éramos sólo Ray y yo. Mi familia, Ray y yo. En Inglaterra es así como funciona. Y cuando fueron creciendo y yéndose de casa, dijimos, ‘bien nos vamos a España, este es nuestro momento’. Lo hemos hecho lo mejor que hemos podido, ellos ahora tienen sus asuntos, tienen su dinero, están bien, sus hijos también. Y eso es todo, ahora nos podemos ir, hacer nuestra vida y hacer las cosas que queramos, pero al tiempo tenerlos con nosotros”.

Judith estaba cansada de cuidar. Su madre, sus nietos, la madre de su pareja. La muerte de su madre fue un revulsivo para reorganizar su dedicación familiar, y la decisión de vivir en España, su expresión:

*“My mother, they both lived together, and my mother suddenly died, she got cancer and died very fast, in 2004, she died in August. In September, I was in Spain looking for a property. It was a reaction really, to my mother’s death. She was ill and I was spending a lot of time going to her because she was very ill, and a lot of travelling. And we were looking after the grandchildren, and you know, do I go to look after the grandchildren, do I go on a long journey to my mother, and we were pulled. And my mother died and I said, right Austin’s this age, we need to have our own retirement now because we weren’t having our lives to ourselves, and it was a reaction”.*<sup>433</sup>

Judith legitima su posicionamiento respecto al cuidado de sus ascendientes partiendo de lo individual para plantearlo desde lo generacional: *“Years ago in England the youngest one was expected to look after the parents. But that’s a long time ago, and I’m from this generation, not from then”.*<sup>434</sup> Y si bien una vez instalados en su nuevo hogar, las idas y venidas a Inglaterra no cesaron hasta que la madre de Austin falleció, la distancia con la familia les facilitaba la gestión del tiempo de entrega a los demás.

Anteriormente veíamos el aprecio por las relaciones de proximidad de la familia española, pero también su distancia con respecto a ese modelo que no les sirve para sus vidas, cimentadas desde otros principios. Es la frontera entre lo que pervive como ideal y la experiencia real. En este sentido, es significativo cómo los contrastes entre lugares y tiempos se utilizan para vehicular y expresar identidades estratégicas a partir de los cuales reivindican su autonomía personal. Elizabeth lo expresa del siguiente modo: *“Here (en el pueblo alicantino donde vive) it’s my independent life. I’m not a Spanish mother, I am myself, this is me, and this is a good combination to have”.*<sup>435</sup> Las diferentes rutinas y roles que desempeña mientras está de visita en casa de su hija en el Reino Unido, donde su rol es de madre; y cuando está en su casa en Alicante, donde afirma que se siente ella misma, muestran la incidencia de la movilidad como estrategia de equilibrio entre normas sociales y vidas individuales con respecto a las responsabilidades del cuidado.

---

<sup>433</sup> “Los dos vivían juntos y mi madre de repente murió, tenía cáncer y murió muy deprisa, en agosto de 2004. En septiembre, yo ya estaba en España buscando una casa. Fue realmente una reacción a la muerte de mi madre. Estaba enferma y yo pasaba mucho tiempo y hacía muchos viajes para ir a verla. Y estábamos cuidando de los nietos y, ya sabes, cuidar de los nietos, hacer largos viajes para ir a ver a mi madre. Y mi madre murió y yo dije, vale Austin, necesitamos jubilarnos porque no estamos viviendo nuestra vida. Fue algo decisivo”.

<sup>434</sup> “Años atrás en Inglaterra se esperaba que la más joven cuidara de sus padres. Pero de eso hace mucho tiempo, yo soy de esta generación, no de aquella”.

<sup>435</sup> “Aquí (en el pueblo alicantino donde vive) es donde tengo mi vida independiente. No soy una madre española, soy yo misma, esa soy yo, y ésta es una buena combinación”.

### Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

Muchas mujeres se han jubilado de sus trabajos remunerados pero no lo han hecho de sus obligaciones familiares, por lo que el sentimiento de expropiación del tiempo que define la biografía de muchas de ellas se exagera en este periodo de jubilación, que se supone que es para el descanso y el disfrute. La jubilación representa el límite de las obligaciones de la vida laboral, pero la ausencia de un hito social que delimite la extensión de la provisión de cuidados hace que la migración se utilice para marcar el tiempo social de la dedicación a los otros, para señalar el umbral en la obligación de cuidar. La migración se convierte entonces en una manera de reapropiarse del tiempo a través del espacio y, por consiguiente, un mecanismo para reequilibrar y negociar su papel en la familia. La distancia favorece la alternancia de roles y tareas. Para muchas mujeres es precisamente esta posibilidad la que ha alentado su venida a España. Su vida actual de tranquilidad y ocio en la Costa Blanca se legitima como compensación por la trayectoria vital anterior de cuidado y atención a los hijos, tarea extendida ahora a los nietos. Tras trayectorias mediatizadas por el trabajo y los cuidados, hay mujeres que buscan con la migración a la Costa Blanca una vida significativa más allá de esos nodos de sentido.

Pero no siempre las mujeres que se retiran en Alicante lo han hecho como fruto de un consenso, sino que muchas veces han seguido el proyecto de sus maridos. Según comentan, en ocasiones los maridos les “presionan” para migrar y alejarse de la familia con el fin de que su dedicación se concentre en ellos. Elizabeth habla de los celos que algunos hombres sienten por la implicación de sus parejas en hijos y nietos. Para ella, los hombres prefieren desentenderse de las responsabilidades familiares: “*Men looks for peace and quiet. Less to think about it.*”<sup>436</sup> Considera que la falta de sintonía para migrar lleva a que muchas mujeres se sientan desubicadas lejos de sus hijos y sus nietos, lo que les lleva a centrarse en la decoración y reformas de la casa como forma de ocupar el tiempo, de disuadir el aburrimiento y de llenar un vacío. El que queda cuando, según Elizabeth, no se cubre la necesidad de las mujeres de ser necesitadas, de levantarse por alguien: “*The women miss being needed.*”<sup>437</sup>

Judith afirmaba la necesidad de tener su retiro en España porque su vida y la de su pareja ya no eran suyas, pero al tiempo se lamentaba de no estar más cerca de sus nietos, porque en realidad, apostillaba, las mujeres necesitan tener siempre a alguien a quien cuidar. De hecho, muchas de estas mujeres afirmaron que si sus hijos y nietos hubieran estado cerca de ellas, probablemente no hubieran migrado. El equilibrio entre la provisión y recepción de cuidados no está exento de contradicciones, pues la

---

<sup>436</sup> “Los hombres buscan paz y tranquilidad, menos cosas por las que preocuparse”.

<sup>437</sup> “Las mujeres echan de menos ser necesitadas”.

búsqueda de tiempo para sí mismas colisiona a menudo con la necesidad de ocuparse de los nietos o de enrolarse en asociaciones de ayuda a compatriotas. Y si bien hay quienes sienten que el tiempo les es expropiado, hay otras que se sienten abocadas a un tiempo propio al que no saben cómo dotar de sentido y contenidos tras una vida dedicada al trabajo y a la familia. La obligación, la necesidad y el deseo, se convierten en fronteras fluctuantes y contradictorias que orientan sus decisiones vitales y modelan sus movi­lidades.

Otro aspecto en donde el género incide en relación a la familia son las decisiones de retorno. Según los datos disponibles (Giner y Simó, 2007), la cifra de mujeres que regresan es ligeramente más alta. Se apunta a que podría deberse a un deseo mayor de volver con los hijos, pero también se matiza que puede que se deba a que la población de mujeres es mayor, dado que son más longevas. Las prescripciones de género que hacen que las mujeres se construyan como “seres para otros” a diferencia de los hombres, en los que priman más sus proyectos personales, podría explicar por qué las mujeres retornan más a sus lugares de origen al enviudar.<sup>438</sup> Pero entre las mujeres británicas existen otros discursos del no retorno. Por un lado, los que desde una visión negativa explican que las mujeres permanecen en España porque no tienen quienes les esperen, o no disponen de un lugar familiar de anclaje.<sup>439</sup> Por otro lado, los discursos que desde una mirada positiva y en primera persona afirman que deciden quedarse porque valoran el descubrimiento de su capacidad para desenvolverse de manera autónoma en el nuevo contexto, donde pueden estrenar una vida social más activa, crear e integrarse en redes de apoyo, y llevar unos ritmos mucho más flexibles que los que marcaban sus roles como hijas, esposas, madres y abuelas en sus lugares de origen. Unas experiencias que sobre todo se dan en aquellas mujeres que han pasado de vivir en pareja a vivir a solas.

---

<sup>438</sup> Es también significativo notar por los datos extraídos de la encuesta de la UCAM&Universidad de Hamburgo que de los británicos mayores de 51 años, un 30% manifestaba no querer volver a su país y ser enterrado en España, frente al 16,5% de mujeres que afirmaban ese deseo.

<sup>439</sup> Pude conocer un caso inverso, en el que la mujer migraba desde Inglaterra a España porque en su país no le quedaban familiares cercanos, pues también habían migrado de retiro. Ésta mujer, a quien le sobrevino una enfermedad grave, pidió ayuda a una de las asociaciones en la Costa Blanca para que le ayudaran a morir en España, donde vivían su hermana y su cuñado.

## Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

### *Cuidados en la distancia*

Brenda se siente feliz en España. De Inglaterra no extraña ni el clima, ni el alto coste de vida, ni las aglomeraciones, comenta irónicamente. No echa de menos lo material, que al fin y al cabo es fácil de trasladar de un país a otro, sino a los seres queridos. Añora a sus hijos pero sobre todo a sus nietos. Por ello procura mantener el contacto frecuentemente a través de internet y de las visitas.

Es fácil trasladar objetos y reproducir entornos culturales en el extranjero pero, como decía Brenda, es más difícil trasladar a quienes están afincados en lugares distantes. El desarrollo y la accesibilidad de los medios de transporte y de comunicación han favorecido las relaciones en la distancia y nuevos modos de concebir el tiempo y el espacio. Señalaba un anuncio que “no importa la distancia que hay entre dos puntos sino el tiempo que tardas en recorrerla”.<sup>440</sup> Y decía Gilbert que “*the distance from London to Manchester is the same as from London to Alicante*”.<sup>441</sup> La distancia se relativiza y permite que los itinerarios vitales se planteen desde una dimensión internacional y transnacional, cuestionando la lógica de ámbitos tradicionalmente territorializados como la familia, la pertenencia o las políticas sociales.

A ello hay que sumar que la distancia no necesariamente desvincula a los familiares sino en ocasiones mejora sus relaciones (Huber and O’Reilly, 2004:339). Establecer sus vidas en un lugar como España sirve de reclamo para animar las visitas de familiares y amistades. Como James, que desde que está en España ve más a la familia que lo que lo hacía antes. Cree que es un cambio positivo porque lleva a que los miembros de la familia hagan un mayor esfuerzo por encontrarse. Esta percepción es compartida también por Cooper y Grace. Las facilidades y la rapidez para llegar a Alicante en avión desde cualquier punto de Inglaterra, han hecho que recobren el trato con algunos familiares. Por ejemplo, con un sobrino que vive en Londres, y que ahora en hora y media está en Alicante, mientras que antes, cuando todos vivían en Inglaterra, les separaban cinco horas en coche.

---

<sup>440</sup> “La movilidad, la accesibilidad y la distancia entre dos puntos hoy en día ya no depende de la vía que los une o del trayecto que los separa, sino de la naturaleza de las redes a las que cada uno pertenece, y en función de ellas estarán lejos o cerca” (Bakis H. 1980; en Palacios, 2005: 88).

<sup>441</sup> “La distancia de Londres a Manchester es la misma que de Londres a Alicante”.

The advertisement features a map of the United Kingdom with various cities labeled: Glasgow, Edinburgh, Newcastle, Belfast, Leeds Bradford, Liverpool, Manchester, Birmingham, London, Norwich, Exeter, Southampton, Guernsey, Jersey, Alicante, Murcia, and Malaga. Lines connect these cities to a central point, representing flight routes. The main headline reads "Visit family & friends! Amazing fares to the UK! from only 45€". Below this, it specifies "one way, including taxes and charges" and "flybe.com". A box highlights "DIRECT FLIGHTS TO BIRMINGHAM, EXETER NORWICH & SOUTHAMPTON WITH ONWARD FLIGHTS ACROSS THE UK". At the bottom, it lists "THE FLYBE. DIFFERENCE... PRE-ASSIGNED SEATING • CONVENIENT LOCAL AIRPORTS • OUTSTANDING LOW FARES • MORE LEGROOM THAN OTHER LOW FARE AIRLINES".

Figura 17. Publicidad compañía de vuelos a bajo coste  
Fuente: *Costa Blanca News*

Por el mismo motivo, Cooper y Grace tienen actualmente más contacto con su hija, que vive en Estados Unidos, que cuando anteriormente vivía en Inglaterra. No la tienen más cerca, pero sí más accesible. Cuando su hija estaba en Inglaterra utilizaban más el teléfono, pero podían pasar tres semanas sin hablar con ella. Ahora utilizan el correo electrónico y en ocasiones se escriben hasta tres veces en el mismo día; bien sea para contar cosas cotidianas, para pedir consejo o para mandarse fotos. La migración no deja de ser una fuente de novedades para compartir. Sus encuentros “cara a cara” son menos frecuentes pero más prolongados e intensos, dado que las visitas se han transformado en estancias y pasan más tiempo juntos. Prefieren no pautar las fechas de sus encuentros y dejarlas al deseo de verse. Cooper no tuvo una buena experiencia con las relaciones familiares por obligación por lo que intenta hacerlo de otra manera con su hija: “*We always used to say to Adeline we want to come and see you when we want to, and we want you to come when you want to, not because you feel you have to.*”<sup>442</sup> Esta actitud forma parte de los cambios en las relaciones intergeneracionales. En ellas, la solidaridad afectiva familiar y los intercambios tienden a reducir la desigualdad entre generaciones porque los recursos familiares privados se sitúan más en la necesidad que en la obligación (Kohli, 2004).

Cooper, para quien la familia es muy importante, considera que sus vínculos afectivos no tienen por qué verse afectados por la distancia. El pensamiento es el nexo de unión que la distancia no modifica:

<sup>442</sup> “Solíamos decirle a Adeline que nosotros íbamos a verla cuando queríamos hacerlo, y que queríamos ella viniera a vernos cuando quisiera, no porque sintiera la obligación de hacerlo.”

## Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

*“Family is obviously important and I think it doesn’t matter how far away your family is so long as you’re in mental contact. Okay, yes, you want to see your son, daughter whatever often, probably more frequently than you do, but if when you see each other it’s as if it was only yesterday, that’s the important thing so that you’re close mentally without necessarily being close physically”.*<sup>443</sup>

La noción de la familia y de las relaciones entre sus miembros se reconfiguran bajo una distancia física que no implica necesariamente la separación emocional, sino que éstas se conciben desde otros guiones culturales y transnacionales de pertenencia, solidaridad y afecto. El concepto de “intimidad a distancia” que cuestiona la cercanía física como único indicador de cercanía emocional, sirve para definir el tipo de relaciones que estas personas mantienen con sus hijos. Pero a pesar de la posibilidad de tener relaciones significativas a distancia, la proximidad sigue siendo importante. Las mismas relaciones de cuidado y apoyo son las que a menudo guían sus itinerarios y temporalidades entre dos o más países a lo largo del año, en una negociación transnacional del sentido del apoyo familiar (Baldassar, 2007).

Para entender mejor cómo configuran sus relaciones familiares desde la migración, es necesario indagar en el término “cuidar” y sus sentidos. La expresión verbal de la noción inglesa de cuidar, “*to care*”, tiene unos matices que permiten identificar cuáles son sus expectativas, al tiempo que refuerzan la idea de que la distancia no interrumpe sus relaciones de apoyo. En inglés, “*care*” se desdobra en “*care about*” y “*care for*” para distinguir la dimensión emocional de la instrumental del cuidar.<sup>444</sup> Cuando se refieren a los cuidados, hay una dimensión que implica presencia, ocuparse de alguien; y otra más relacionada con preocuparse, vinculada a estar en contacto, estar al día de lo que sucede, de las visitas, y de ayudarse cuando se ven. Un uso diversificado de la noción de cuidar que nos permite entender, cualitativamente, cuál es su implicación familiar intergeneracional.

---

<sup>443</sup> “La familia es, obviamente, muy importante, y pienso que no importa cuán lejos estés de ella mientras que en mente mantengas el contacto. Muy bien, sí, quieres ver a tu hijo, tu hija a menudo, probablemente más a menudo de lo que lo haces, pero cuando te vuelves a ver es como si hubiese sido el día anterior. Eso es lo importante, el que estés cerca mentalmente sin necesitar estarlo físicamente”.

<sup>444</sup> En la lengua inglesa los verbos pueden ir acompañados de varios tipos de partículas; son los llamados *phrasal verbs*, que confieren distintos significados al verbo. En el caso de *care about* suele utilizarse de modo más holístico como sinónimo de preocuparse de, y es más utilizado para hablar de las interacciones en las relaciones familiares. Asimismo por su contenido sería más resistente a la distancia. Mientras que *care for*, en correspondencia con el verbo *look after*, expresa los cuidados referidos a las prácticas, a la salud, el bienestar y el cuidado físico y manual. La atención sanitaria sería un ejemplo. Estos cuidados tendrían un mayor requerimiento de presencia, con lo cual sólo podrían darse durante los encuentros de las visitas entre los inmigrantes jubilados y sus familiares.



### *De cuidar a ser cuidadas*

La reciprocidad e interdependencia entre familiares sigue fluyendo en ambos sentidos. Las mujeres británicas que pasan su jubilación en Alicante, desde la proximidad o desde la distancia, siguen cuidando, atendiendo y apoyando a los demás como pilares estables; mantenedores de la unidad familiar en estos tiempos de incertidumbres, rupturas y dislocaciones familiares. Pero son mujeres que han sido requeridas para cuidar y que, desde el lugar de retiro, se plantean cómo quieren ser atendidas y por quién cuando en un futuro puedan necesitar atención.

Elizabeth cuidó a su madre. Fue una experiencia agridulce, pero lo volvería a hacer. Lo que no quiere es que sus hijos pasen por lo mismo.<sup>445</sup> Asume ser la bisagra del cambio generacional. Se hace cargo de la responsabilidad sobre su cuidado desde el prisma de su propia experiencia dolorosa en el cuidado de su madre y desde su opción migratoria. Para ella, cuidar a su madre supuso un coste de salud y emocional que prefiere evitar a sus hijos: *“I don’t want my children to feel that”*.<sup>446</sup> Pero por otro lado, se confirma desde la asunción de su propia decisión migratoria y sus consecuencias: *“Personally I think, if I made the decision to be here in the winter, if I have made that decision, I have made it. I cannot expect from my daughter if I’m ill to come to look after me. And also I don’t expect my son to look after me either, although he would”*.<sup>447</sup> Afirma, sin dudar, que sus hijos se harían cargo de ella si lo necesitara; no obstante, ni tiene expectativas ni es su deseo, especialmente en lo que refiere a cuidados prácticos, directos, corporales, lo que llaman *“hands-on care”*. En consonancia con sus principios, considera que la responsabilidad de la búsqueda de recursos para el cuidado debe ser de los padres que han migrado: *“My opinion is if older people decide to come here to live they should make arrangements for in case they are ill”*.<sup>448</sup>

Mary se siente cuidada por sus hijos pero tampoco espera su atención desde un plano físico. No lo alberga ni en su pensamiento, porque entiende que los cuidados familiares no implican necesariamente una dimensión práctica: *“It’s an emotional responsibility, emotional tie but not practical”*.<sup>449</sup> En un principio lo expresa convencida, pero conforme profundizamos en la relación con sus hijos le invade la zozobra, tanto, que esa noche no podrá conciliar el sueño. *Los cuidados* tienen un componente de vínculo emocional muy importante, por lo que su ausencia puede tener unas lecturas

---

<sup>445</sup> Este resultado es similar a los de estudios hechos en España a mujeres mayores.

<sup>446</sup> “No quiero que mis hijos sientan eso”.

<sup>447</sup> “Personalmente pienso que si tome la decisión de pasar aquí los inviernos, si tomé esa decisión, la tomé. No puedo esperar que si me pongo enferma mi hija venga a cuidarme. Y tampoco espero que mi hijo me cuide, aunque él querría”.

<sup>448</sup> “Mi opinión es que si la gente mayor ha decidido venir aquí a vivir, son ellos mismos quienes tienen que organizar las cosas por si se ponen enfermos”.

<sup>449</sup> “Es una responsabilidad emocional, un vínculo emocional, no práctico”.

### Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

negativas que Mary, ni se atreve a barruntar, ni quiere que yo las interprete desde mi posición como “española”.

Mary le va a dar muchas vueltas al asunto. Las preguntas le han hecho replantearse su situación tanto con respecto a sus hijos como con sus padres. Por su experiencia sabe que los lazos familiares no siempre implican afectos: *“When my father died I was 17. About 32 (when mother died), something like that. I missed my father but I had no feelings for my mother, so no, I didn’t miss her. You can’t always love your relations or get on with them. You can have better friends, can’t you?”*<sup>450</sup> Además, argumenta que la distancia no es óbice para que sus vínculos familiares sigan vigentes. Es como si las preguntas formuladas y el contraste con la familia española hubieran cuestionado la naturaleza de sus relaciones familiares. Necesita mostrarme que sus relaciones son viables y válidas. En uno de nuestros encuentros logra definir cómo entiende la relación familiar de cuidados a partir de una metáfora:

*“I’m thinking, you were saying about the care and things like that, it’s like a web, the line is there and it’s always there with them. How often they choose to use it and come back to the nest is up to them. But it’s not broken. That care is always there for them and that lifeline is always between us both. And it’s like a safety line as well. It’s like something that is there, you know it is a bit of security, but it’s not you’ve got to come today and reel them in, you’ve got to come and see me, you’ve got to...”*<sup>451</sup>

No quiere verse reflejada en aquellos padres que utilizan *los cuidados* como moneda de cambio y reclaman a sus hijos el cuidado que ellos les procuraron:

*“There are a lot of people who sort of put emotional blackmail onto their children to make them do things for them: ‘Well I looked after you when you were young, what are you going to do for me?’ I think that’s a negative, a big negative. I hope I’m not like that when I get old, older. I wouldn’t like to think I made them feel that in that light that they had to do something (...) There are families that do live like that, do make them feel guilty to look after them. You get children to look after and they don’t go to school in some cases. Perhaps they’re ill, disabled ill, and they can’t do something and they make the children do it for them. Children are precious, aren’t they? You don’t have a child to become your slave, well I didn’t, I wouldn’t have ever, and I wouldn’t have wanted my mother to make me her slave”.*<sup>452</sup>

---

<sup>450</sup> “Cuando mi padre murió yo tenía diecisiete años. Cuando tenía treinta y dos mi madre murió. Echaba de menos a mi padre pero no tenía sentimientos por mi madre, por lo que no, no la echaba de menos. No se puede siempre amar todas tus relaciones o llevarte bien con todo el mundo. Puedes tener mejores amigos ¿no?”

<sup>451</sup> “Estoy pensando en lo que dijiste sobre el cuidado y esas cosas. Es como una tela de araña, la línea está ahí y siempre está allí con ellos. Con cuánta frecuencia quieran utilizarla y volver al nido depende de ellos. Pero no está rota. El cuidado siempre está ahí para ellos y la línea de la vida siempre estará entre nosotros. Y es una línea de seguridad también. Es algo que está ahí, sabes que te da un poco de seguridad. No es: ‘tienes que venir hoy’, y atraparlos, ‘tienes que venir a verme’, ‘tienes que...’”

<sup>452</sup> “Hay mucha gente que hace chantaje emocional a sus hijos para que hagan lo que ellos quieren: ‘Bien, te cuidé cuando eras pequeño, ¿que vas a hacer tú por mí?’ Creo que es muy negativo, muy negativo. Espero no ser así cuando me haga mayor. No me gustaría hacerles sentir que tuviesen que hacer algo (...) Hay familias que viven así, que les hacen sentir culpables para que les cuiden. Están enfermos, desvalidos y no pueden hacer algo y hacen que sus hijos lo hagan por ellos. Los hijos son algo precioso, ¿no es así? No se tienen hijos para hacerlos esclavos, yo no lo hice y nunca lo hubiese hecho y no me hubiese gustado que mi madre me hubiese hecho su esclava”.

Algunas mujeres se expresan respecto a su posibilidad de dependencia de la familia con determinación, pues no quieren ser una carga para nadie, ni que su autonomía e independencia quede mermada. Ann colectiviza este rechazo: “None of us want to burden anybody else”<sup>453</sup>, al igual que Lisa: “Nobody likes to feel that somebody is going to have to look after them, do they?”<sup>454</sup> Este sentimiento forma parte de una matriz cultural más común en el norte de Europa que se visibiliza y acentúa con la inmigración de retiro. Así como en la cultura mediterránea la sociabilidad y el apoyo en otras personas es un valor central, en la cultura noreuropea un valor igual de central es el “valerte por ti mismo”, generalmente traducido en la práctica con tener una vivienda propia.<sup>455</sup> Un contraste que muestra las diferencias entre el norte y el sur en términos de co-residencia intergeneracional (Ogg and Renaut, 2006:726).

El rechazo a la dependencia es muy marcado. Mary teme llegar al punto en el que no sea independiente, y confía que la muerte temprana de su padre y su madre le dé la suerte de morir antes de que requiera ayuda:

*“I’d prefer to be looked after... But I’d prefer not to have to be. It’s like, I’m not afraid of dying, that doesn’t worry me. I’m afraid of lying in a bed a long time or being unable to look after myself. That would worry me if I sit and think about it. I try not to. I don’t want to be unable to look after myself. I think, I’m not... People say they’re frightened of dying, I’m not, but I’m frightened of living, um, and not being able to look after myself. Whether it will ever happen, I’ve been lucky, my mother was able to look after herself and my father, he died at 62, so that didn’t come into play. Adolph’s mother wouldn’t affect me because it’s not in my genes, is it? So I’m hoping that I will be able to look after myself. We’ll see. Come back in another ten years and ask me that question”*.<sup>456</sup>

Sostiene Mary que las necesidades son cambiantes y los planteamientos ante los cambios acontecidos dependen del momento. Se sienten arropados por sus hijos, pero los cuidados no presenciales no cubren las necesidades que se les plantean en el contexto español. En la Costa Blanca los extranjeros se encuentran en una coyuntura difícil con respecto a los cuidados, ya que la organización social e institucional depende en gran manera de la provisión de los mismos por parte de las familias y de sus mujeres. El obstáculo para su sostenibilidad, no es tanto que no tengan la red familiar cercana, sino la falta de recursos y la delegación institucional en la familia.

---

<sup>453</sup> “Nadie de nosotras quiere ser una carga para nadie”.

<sup>454</sup> “A nadie le gusta sentir que alguien va a tener que hacerse cargo de ellos ¿no?”.

<sup>455</sup> Comunicación personal de la antropóloga Britt Marie Thurén a la que agradezco su valoración del contraste entre las expectativas familiares en Suecia y España.

<sup>456</sup> “Me gustaría ser cuidada... pero preferiría que nadie tuviese que hacerlo. Es como... no tengo miedo a morir, no me preocupa. Lo que me preocupa es quedarme postrada en una cama durante mucho tiempo o no ser capaz de cuidar de mí misma. Si me parara a pensarlo me preocuparía. Intento no hacerlo. No quiero ser incapaz de cuidar de mí misma. La gente tiene miedo a morir, yo no, pero tengo miedo a vivir y no ser capaz de cuidar de mí. No sé si pasará. He tenido suerte, mi madre pudo cuidar de sí misma y mi padre, que murió a los sesenta y dos, bueno, no cuenta. La madre de Steve no me afectaría porque no tengo sus genes, ¿no es así? Por lo que espero poder cuidar de mí misma en un futuro. Ya veremos. Vuelve dentro de diez años y hazme la misma pregunta”.

### 9.3. Encuentros y desencuentros asistenciales

Como ya se avanzó en los capítulos cuarto y quinto, en aquellos ámbitos en los que las instituciones delegan la atención y los cuidados en la familia, la presencia de jubilados del norte de Europa descompasa las cadencias de género y familistas por las cuales el sistema español de bienestar se mantiene. Un desencuentro entre la oferta y la demanda que se refleja en diversos niveles y compromete distintas instancias. A nivel macroestatal supone desajustes económicos en la compensación entre territorios en materia de gasto sanitario o en la homologación de derechos en los diversos Estados europeos. A un nivel más micro, como puede ser el de la habitación de un hospital, supone una carga mayor de trabajo para el personal sociosanitario, pero también un vacío en la atención de las necesidades de muchos pacientes. Unas tensiones en los encuentros clínicos que no son sino la reproducción a pequeña escala de conflictos sociales más amplios (Singer and Baer, 1995).

Hay servicios, como el de traumatología, en los que la diversidad cultural requiere de poca gestión, siendo más relevantes las cuestiones lingüísticas. Pero en aquellos en donde el contacto es prolongado, los tratamientos son largos, o donde se dan situaciones críticas, los factores culturales adquieren una mayor preponderancia (Mascarella et al. 2002). Éste es el caso de los servicios de oncología y neurología del hospital Miramar, escenarios de fricción cultural en donde se confrontan distintas visiones sobre *los cuidados* y las implicaciones familiares en ellos. La práctica habitual suele ser la delegación en la familia de la persona ingresada para que ésta realice actividades tales como: dar de comer, ayudar a en las necesidades de eliminación, el aseo, realizar cambios posturales, pequeñas curas, cuidado de piel, cabellos, uñas, etc. En ocasiones, no tener esa ayuda ha supuesto, tanto para extranjeros como autóctonos, no comer o no ser atendidos ante algún requerimiento. Las historias de las bandejas con la comida que no pueden ser alcanzadas porque no se les han puesto en un lugar accesible, es un lugar común en estos centros. Así lo contaban Jodie y Madeleine. Una en primera persona porque estuvo ingresada, y la otra, como voluntaria de una asociación de ayuda a enfermos de cáncer:

*“They brought my food, I’m in the bed, I can’t move and they put my dinner way over there. I can’t get to it. The nurse comes back into the room and says, ‘you haven’t eaten’ and takes it away. ‘My lunch, why?’ - ‘You didn’t eat it’. I said, ‘I can’t get out of the bed, please give it to me.’ - ‘That’s not my job.’ They had said to me I do my job, I bring the food into the room, it doesn’t matter that you can’t get to it but they put it in your room way over there. I can’t get to it. Brigitte wasn’t in the room, I have no family. I said may I have the plate in front of me. No, I’m doing... It’s like a cruel joke. I think it’s sick, it’s a sick joke. Now why, why would a nurse bring the food and put it over there, knowing I’m here, nobody else in the room, I can’t get up, and she puts it over there, why? Then she comes, oh, ‘you didn’t eat, okay,’ and walks out. I didn’t eat. ‘Why do you take my food away?’ - ‘Now it’s cold’”.*<sup>457</sup>

*“When a person goes into hospital here I know things that doesn’t get done, meal times is one instance. A lady with her trolley comes, there’s a lovely meal on a tray, everything set up, they will get to the room, and they’re niece two bedroom wards, only two people in it, they walk in and put, the person that’s nearest the window, it’s put on the window shelf, the tray, the person that’s in the next bed near the door, there’s a little corner shelf, it’s put on the corner shelf and then they walk out. Now that person is bed ridden. They can’t get out of bed and they have no family there at that particular time. They don’t eat. They come back to collect the trays and they just pick them up and walk out, so that person has not been fed because they can’t get out of bed and they can’t reach the tray, so they’ve had nothing to eat. And again, because of the language barrier, they can’t say to that person, ‘I haven’t eaten bring it across her’e, or whatever. And again that’s where the Spanish are ok because the Spanish always have somebody visiting at the meal time. Nine times out of ten they’re there 24 hours a day, they’ve got a rotation, mums and dads, brothers and sisters they’re all going in at different times so that person’s never left alone. If they need a wash, they wash them, if they need to be dressed, they dress them, if they need to go to the toilet, they get them there and get them back and they get them in and out of bed and they look after them, they do the, that’s what I call aftercare. Now when an English person goes in, of course we have no family here. So we have nobody if we’re in hospital apart from a husband or a wife to go in, or you have to rely on friends to go in and do those jobs for you. Because the nurses, they do nursing, they don’t do welfare work. Now in England the nurses do all the welfare work as well. If a person needs feeding they’re there to feed them, they’ll put them in the chair, if they can help themselves the tray is put in front of them, everything is done for them so they can eat their meal, and it’s cleared away after them. But in Spanish hospitals I’ve found that doesn’t happen. It’s always on the windowsill at one side, shelf at the other and if the patients can’t get up, they don’t eat, and nobody seems to bother about that”.*<sup>458</sup>

---

<sup>457</sup> “Me traen la comida, estoy en la cama, no me puedo mover y me la dejan por ahí. No la puedo coger. La enfermera vuelve a la habitación y me dice: ‘No has comido’, y se la lleva. ‘Mi comida, ¿por qué?’ - ‘No te la comiste’. Yo dije, ‘no me puedo levantar, por favor tráemela’. - ‘No es mi trabajo’. Me dijeron que habían hecho su trabajo, que habían traído la comida a la habitación, que no importaba que no la pudiese coger, que me la habían dejado allí. No lo entiendo. Brigitte no estaba en la habitación y no tengo familia. Le dije, ‘¿me puede dejar el plato en frente de mí?’ - ‘No, estoy haciendo mi trabajo...’ Es como una broma cruel. Es enfermizo, es un chiste enfermizo. Entonces, ¿por qué?, ¿Por qué una enfermera traería la comida para dejarla ahí, sabiendo que estoy aquí y que no hay nadie más en la habitación, que no me puedo levantar? Y entonces viene y dice, ‘no has comido’ y se va. No comí. ‘¿Por qué te llevas la comida?’ - ‘Ahora está fría’”.

<sup>458</sup> “Cuando una persona va a un hospital de aquí, sé que hay cosas que no se hacen. Los momentos de la comida, por ejemplo. Una señora con un carrito viene con una comida fabulosa en una bandeja. Todo está organizado. Entran en la habitación, son habitaciones con dos camas que están muy bien, sólo para dos personas. Entran y a la persona que está más cerca de la ventana le ponen la bandeja en la repisa de la ventana, y a la persona que tiene la cama cerca de la puerta, se la dejan en un estante que hay en un rincón y se van. Esa persona está encamada, no puede levantarse de la cama y su familia no está ahí en ese momento. No comen. Vuelven a recoger las bandejas y se van. Esta persona no ha comido porque no puede salir de la cama y no puede alcanzar la bandeja. Y además, por la barrera del lenguaje no le puede decir nada, ‘no he comido, tráelo aquí’. Los españoles están bien porque siempre tienen a alguien que venga a verles a la hora de la comida. Nueve de cada diez tienen a alguien las 24 horas del día, hacen rotaciones, padres y madres, hermanos y hermanas, todos van a diferentes tiempos para que no se queden solos. Si necesitan lavarse, los lavan, si necesitan vestirse, los visten, si necesitan ir al baño, los llevan y los traen y los levantan y los acuestan y los cuidan, aquí es así.

## Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

En su comprensión de por qué sucede aluden a que en el Reino Unido las visitas son restringidas por número de personas y horas, máximo dos en cada caso, y que la familia no es exhortada a permanecer. Elaboran sus propias hipótesis y destacan la diferente importancia dada en el Reino Unido al descanso para la salud por encima de la compañía, a la inversa que aquí. Interpretan que en España no hay un Sistema de Bienestar, que no hay profesionales encargados de hacer las tareas de higiene y alimentación, porque es la familia quien lo hace o porque los cometidos de la categoría profesional de enfermera difieren según países. Consideran que en España el personal de enfermería hace un trabajo más técnico donde las tareas de cuidado “hands on” no son consideradas como algo profesional, por lo que es algo que ni enfermeras ni auxiliares valoran su desempeño. En palabras de Josephine: “*They’re more technically minded, like sort of under doctors really*”.<sup>459</sup>

Para Jodie, los distintos cometidos del trabajo de enfermera en España y en el Reino Unido, son reflejo de dos distintas maneras de entender los cuidados. Una divergencia que cree que pone en situación de desventaja a los inmigrantes de retiro porque no siempre cuentan con los recursos familiares y, además, no reciben la misma atención que los pacientes nacionales por el hecho de ser extranjeros:

*“I think that the emphasis on care because of what care is based on tradition of culture is very different in Spain as opposed to the UK. And therefore the training of the carer and the nurses is totally different. I won’t say it’s less but it is different than the UK. There are practices in the hospital that I have seen with myself that I don’t understand why they call themselves carers and nurses because they are not doing what I am used to from my own country. They have an entirely ... medical and surgery and clinical, that is fantastic; it’s one of the best hospitals in the whole of Spain, but the nurses and the carers... I don’t understand this. If you are sitting in a bed and your leg is up and normally your family, if you’re Spanish, would come in and wash you and feed you and help you and you would go to sleep. But if you were on your own, nobody comes in and helps you. So it’s happened to me. I have pushed that button and spoken: ‘¿posible ayudame por el aseo?’ Is that so hard to understand? Or ‘por favor, ayudame por el aseo? 10 minutes, 15 minutes, 20 minutes, a half hour, I’m English speaking, they don’t know I’m American, but English speaking. I can hear through the wall a Spanish lady who is pushing that button every five minutes and they are running to her and I’m waiting: ‘por favor, aseo, por favor ayudame. Urgencia por favor’. - ‘Yes we’ll be there in five minutes’. 15, 20, a half hour, 35 minutes and I have this drip in me and they have to help me to go. I can’t walk long enough, I didn’t have the walker and I almost went in the bed because I couldn’t get to the... she (Brigitte) was shopping to bring me dinner. She had to come home. I had to go the bathroom. She’s pushing every five minutes. They’re going back, why? She was Spanish”.*<sup>460</sup>

---

Nosotros no tenemos a nadie a parte de un marido o una esposa que venga o un grupo de amigos en los que puedas confiar para que vengan y hagan todo eso por ti. Porque las enfermeras, se dedican a ser enfermeras, no asistentes. Ahora, las enfermeras en Inglaterra también hacen este trabajo asistencial. Si una persona necesita que le den la comida, se la dan, les ponen en una silla, si pueden arreglárselas por sí mismos, les ponen la bandeja en frente, se lo hacen todo para que puedan comer su comida y después lo recogen. Pero en los hospitales españoles esto no ocurre. Siempre la dejan en la repisa de la ventana en una lado, en el estante en el otro y si el paciente no se puede levantar, no comen y parece que a nadie le importa”.

<sup>459</sup> “Tienen una mentalidad más técnica, como un tipo de subdoctores”.

<sup>460</sup> “Creo que el énfasis en el cuidado es porque éste está basado en la tradición cultural, y la española difiere mucho de la del Reino Unido. Por ello, el aprendizaje de la persona cuidadora y de las enfermeras es totalmente diferente. No quiero decir que sea peor pero es diferente al del Reino Unido. Hay algunas prácticas en el hospital

Jodie cree que a los profesionales no les gustan los extranjeros y les guardan cierto resentimiento que percibe en la atención y en el trato que reciben. Un privilegio hacia los nacionales y, en ocasiones, hostilidad hacia extranjeros, que también es reconocido por parte del personal sanitario. Aun así, la responsabilidad de la discriminación no la deposita en el personal sanitario, sino en aquellos extranjeros cuya actitud de exigencia y tosquedad ha provocado estas reacciones entre los autóctonos. Un talante arrogante que se ha generalizado para toda la población noreuropea pero del que se distancia: *We're not all the same but we're guilty because we're associated; guilt by association*.<sup>461</sup>

Los problemas en los que se ven envueltos los extranjeros no suelen llegar a ninguna instancia. Las vías disponibles para dejar constancia de ello son unas encuestas a las que no pueden acceder por la barrera lingüística. En el hospital se distribuye la “Encuesta de Opinión del paciente hospitalizado” con la que se pretende conocer la valoración del servicio por parte de las personas ingresadas. En ella se hace énfasis en si han recibido información y explicaciones necesarias, si han sido escuchados, la amabilidad en el trato, la calidad de la atención y los problemas surgidos, entre otros aspectos. El problema es que sólo está en español. El hospital tiene un alto número de población inmigrante, con lo cual es difícil que obtengan resultados que reflejen la opinión de todas las personas ingresadas que les permita reflexionar sobre su práctica sanitaria.

### *“Dan mucho trabajo”*

En el capítulo cuarto ya avanzábamos esta problemática desde el punto de vista profesional. Las maneras de proceder de los noreuropeos en lo que refiere al acompañamiento y la provisión de apoyo durante las estancias hospitalarias, no encajan en las expectativas de quienes les atienden. Las críticas suelen girar alrededor de sus ausencias, con especial exasperación cuando alegan que éstas se deben a que tienen que atender a las mascotas o acudir a eventos sociales, haciendo hincapié en la

---

que he visto que me hacían y no entiendo cómo se pueden llamar cuidadores y enfermeras, porque no hacen lo que estoy acostumbrada a recibir en mi país. Tienen un servicio total... médico, quirúrgico y clínico, y eso es fantástico. Es uno de los mejores hospitales de toda España, pero los cuidadores y las enfermeras... No lo entiendo. Si estuvieras en el hospital y tuvieras una pierna en alto y fueras español tu familia vendría y te asearía, te daría de comer, te ayudaría y podrías dormir. Pero ¿si estás solo y nadie puede venir para ayudarte? Eso me ha ocurrido a mí. Llamé al timbre y pregunté: ‘¿posible ayúdame por el aseo?’ ¿Es tan difícil de entender? ‘Por favor, ayúdame por el aseo’ 10 minutos, 15 minutos, 20 minutos, media hora. Hablo en inglés, no saben que soy americana, pero hablo en inglés. Puedo oír a través de la pared a una señora española que llama al timbre cada 5 minutos y oigo cómo van corriendo a ella y yo espero: ‘Por favor, aseo, por favor ayúdame. Urgencia por favor’. -‘Sí estaremos allí en 5 minutos’. 15, 20, media hora, 35 minutos y tengo el gotero y me tienen que ayudar. No puedo caminar mucho, no tengo el andador y casi me lo hago en la cama porque no podía llegar a ... ella (Brigitte) estaba comprando para traerme comida, tenía que ir a casa. Ella llama al timbre cada 5 minutos. Ya vuelven, ¿por qué? Era española”.

<sup>461</sup> “Nosotros no somos todos iguales, pero se nos culpa porque se nos asocia a los demás. Somos culpables por asociación”.

### Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

frialdad de sus relaciones familiares. Sus dificultades con los pacientes del norte vienen resumidas en que “dan mucho trabajo”, tanto porque en ellos hay que atender necesidades que en otras personas cubre el entorno familiar, como por las cuestiones idiomáticas.

El apoyo familiar o por parte de personas contratadas durante los ingresos hospitalarios tiene una base material innegable, ya que no hay suficientes recursos humanos en las plantillas para hacerse cargo de las personas ingresadas si se prescinde de ayuda externa.<sup>462</sup> Sin embargo, los planteamientos de enfermeras y auxiliares no se suelen hacer desde la necesidad de personal, sino que se expresan principalmente a partir de lo moral. Desde una naturalización de las emociones se argumenta que lo inherente a la familia y a los afectos es permanecer a pie de cama e implicarse en *los cuidados*. Una visión que se puede observar cuando Irene explica airada al resto de compañeras una conversación con un paciente inglés. Éste le había preguntado si era necesario que se quedara la familia y cuándo. A lo que ella respondió: “¿Cómo que cuándo tiene que estar la familia? ¡Pues tiene que estar, pues debería de estar, es lógico que se quede!”, concluyendo para sus compañeras: “¡Pero mira que es gente rara!” De este modo, lo material y lo moral se retroalimentan, reforzándose la idea de la obligación de las familias y sus mujeres. La economía- política de las emociones se despliega desde el déficit al reproche. Queda así de manifiesto que los sistemas médicos son sistemas culturales, pero no sólo en el sentido de conjuntos ordenados de ideas, creencias, actitudes y comportamientos, sino en el de sistemas morales (Van Dongen and Van Dijk, 2000).

Aun a pesar de estos contrastes, el personal sociosanitario no considera que los vecinos del norte tengan pautas culturales reseñables que dificulten su atención. Los comportamientos de los inmigrantes de retiro en cuanto a sus maneras de vivir la vejez, la familia y *los cuidados* son lugares comunes en los comentarios de quienes les atienden. Ahora bien, las lecturas sobre las diferencias no se hacen desde lo cultural, regla que sí se aplica frecuentemente en otros colectivos inmigrantes, sino desde otros parámetros. En tanto que la noción de cultura se ha desplazado a los considerados distintos y distantes, y los noreuropeos no llegan a ser vistos ni como inmigrantes ni como culturalmente lejanos, las diferencias son explicadas desde otros factores supuestamente no culturales como lo moral, en términos individuales, o el carácter nacional o noreuropeo, en un plano más social. A partir del estereotipo de desafección con el que los noreuropeos son definidos, se activa un dispositivo causal en el que los

---

<sup>462</sup> Según cálculos de la OMS, en relación al número de enfermeras por cada mil habitantes, España se sitúa por debajo de muchos países como Reino Unido, Suiza, Suecia, Holanda, Alemania y Dinamarca. (CeIM, 2006:175)



motivos por los que sus familiares no están presentes se interpreta desde el particular *ethos* de este colectivo. La gestión de las (no)emociones y su (des)implicación en *los cuidados* vienen explicadas desde una suerte de psicología cultural aplicada a las personas venidas de un área geográfica concreta.

La necesidad de presencia de personas de apoyo externas en los hospitales no está formalmente estipulada en cuanto a normas de funcionamiento del centro, por consiguiente, los extranjeros se guían por las informaciones que han recibido de otros. Al menos esto es lo que constaté en el hospital Miramar. En numerosas ocasiones, auxiliares y enfermeras se quejan de que la presencia de acompañantes en las habitaciones y sus numerosas demandas no les deja desempeñar su trabajo, pero al tiempo reprochan que nadie acompañe a la persona ingresada. Y cuando se dice acompañar, significa colaborar en el cuidado y bienestar. Es lo moralmente implícito pero supone lo materialmente indispensable. Ahora bien, no está formalmente estipulado, con lo cual la contradicción en el seno de la institución y la confusión entre los usuarios es habitual. Ejemplo de ello es que en todas las plantas de este hospital hay un folleto informativo en español e inglés, sobre las normas de visita: “Colabora conmigo cuando me visites en el hospital”. Entre las consignas se señala un horario, de 17.00 h. a 21.00 h., y se apela a que no haya más de dos visitas a la vez: “Por mi salud necesito tranquilidad, no olvides que hay otro enfermo en la habitación”. Con estos datos puede entenderse que lo que preocupa es el bienestar de la persona ingresada con consignas claras sobre los tiempos y el respeto. Sin embargo, a continuación se señala: “Un cuidador puede estar conmigo las 24 horas del día”. El documento da un salto semántico y de entre las visitas surge la figura del “cuidador”. Se pasa a establecer una distinción entre tipos de visitas: las que como tales tienen limitaciones; y las del cuidador, que carece de ellas. Pero cabría preguntar, ¿qué se quiere dar a entender por cuidador y qué entienden los pacientes? ¿Un familiar? ¿Una mujer latina? Por otro lado, que “puede estar” significa que es ¿recomendable o es imprescindible? Lo que sabemos por los datos y el volumen de trabajo que tienen, es que es la única vía de funcionamiento posible con una política de contrataciones a la baja y con una población inmigrante en aumento. Pero no por ello hay que dejar de resaltar que el documento desvela y al mismo tiempo potencia la dependencia de la institución en la familia, la condición generizada de quien cuida, y la precariedad e informalidad de su trabajo.

Si el sector sanitario no tiene en cuenta las bases históricas, sociales y materiales de los procesos de salud/enfermedad/atención, tampoco podrá reparar en las propias construcciones ideológicas por las cuales reprochan la no asistencia de los familiares en el que es un ámbito de lo profesional. De hecho, en lo que refiere a la inmigración,

## Capítulo 9. *¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales*

todavía no se ha prestado suficiente atención a los aspectos ideológicos y culturales del sistema sanitario y de los grupos profesionales que lo forman. Es decir, en cómo los conocimientos, valores y prácticas incorporadas al quehacer diario influyen en las maneras de relación con las personas inmigradas (delVecchio Good et al., 2005; en Meñaca, 2007:66).

La relación de cuidados está atravesada por el género pero también por la edad. La interpretación de los cuidados por parte del personal sanitario no es la misma según la edad de los pacientes, un factor que repercute en sus prácticas. Un ejemplo de cómo los aspectos intergeneracionales influyen en el desempeño del sector sanitario viene ilustrado por un experimento psicológico realizado con estudiantes de enfermería que leí hace años. Una profesora les explica el caso clínico de un paciente que necesita ayuda para alimentarse y para el aseo personal, ya que es incapaz de realizar estas actividades por sí mismo y tampoco se puede comunicar verbalmente, lo que dificulta entendimiento. Se despierta habitualmente por la noche y requiere la continua presencia del personal en la habitación que tienen que acercarse para ver qué sucede. Tras relatarles estas y otras condiciones de su dependencia se les pregunta cómo afrontarían su atención, cómo se sentirían teniendo que atender las necesidades de un paciente como este. Todos los estudiantes respondieron en los mismos términos, esto es, resaltando las dificultades que supondría atender sus necesidades y el estrés que un paciente así les generaría a ellos. A continuación la profesora les mostró la foto del paciente: un bebé. Con la descripción recibida, la mayor parte del alumnado había elaborado la imagen de una persona anciana, vinculando dependencia con edades avanzadas. Un buen ejemplo de cómo construimos la dependencia y las necesidades según las edades.

### 9.4. Los equilibrios inestables del familismo

Es necesario matizar que las situaciones de desajuste que venimos planteando en cuanto a la disponibilidad de apoyo externo al hospitalario, no sólo concurren en la población de retiro, si bien es habitual que el personal sanitario las relacione preferentemente con ellos.<sup>463</sup> Las familias españolas y sus mujeres no siempre pueden estar presentes, por ello una de las prácticas habituales para cubrir dicha ausencia durante la estancia hospitalaria de un allegado es pagar a alguien. En los últimos años, la población autóctona tiende a delegar esta labor en inmigrantes latinas,<sup>464</sup> aunque los

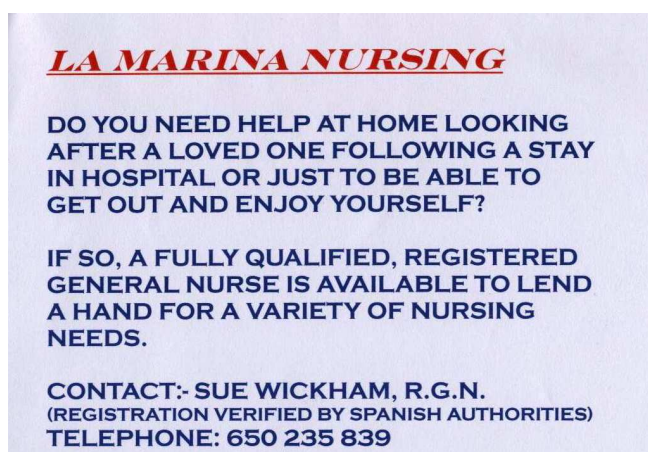
---

<sup>463</sup> Del mismo modo, pero por oposición, los gitanos representarían el exceso. En este grupo las críticas del sector sanitario se dirigen a la que se considera una presencia masiva y constante de acompañantes.

<sup>464</sup> Muchas de estas mujeres inmigrantes están cubriendo los roles asignados tradicionalmente a las mujeres de la familia en ausencia de una regulación laboral y en unas condiciones de precariedad. Esta situación se puede

números de las encuestas dicen que son fundamentalmente (todavía al menos) parientes las que cubren este trabajo. Pero ninguna de estas ecuaciones funciona con la migración de retiro pues no suelen recurrir a este tipo de ofertas.

En unas ocasiones, los extranjeros desconocen la “necesidad” de tener una ayuda auxiliar, pues en el Reino Unido no necesitan cuidadores externos al hospital y además las visitas están más restringidas. Por otra parte, en los casos en los que sí saben de las prácticas españolas, el mercado sumergido de cuidadoras no es su mejor opción. La posibilidad de comunicarse en la misma lengua es un requisito básico para ellos, pero también lo es la profesionalidad de la persona contratada, valor que se privilegia por encima de la familiaridad. En tanto que los familiares no son profesionales de la salud, se asume que poco es lo que pueden aportar permaneciendo en el hospital. Los británicos consideran los cuidados corporales como materia de conocimiento y entrenamiento que sólo puede desempeñar alguien que se haya formado en ello. Por esta razón, el criterio que guía la elección de quién cuida se basa en su formación para el desempeño de esta tarea. A ello hay que añadir su diferente vivencia de la intimidad (Betty y Cahill, 1998). Las investigaciones realizadas en el Reino Unido han documentado que una amplia mayoría de personas mayores dependientes aceptan mejor las tareas de aseo por parte de un profesional o un cuidador cualificado que de un familiar cercano (King et al. 2000:189).



**LA MARINA NURSING**

**DO YOU NEED HELP AT HOME LOOKING  
AFTER A LOVED ONE FOLLOWING A STAY  
IN HOSPITAL OR JUST TO BE ABLE TO  
GET OUT AND ENJOY YOURSELF?**

**IF SO, A FULLY QUALIFIED, REGISTERED  
GENERAL NURSE IS AVAILABLE TO LEND  
A HAND FOR A VARIETY OF NURSING  
NEEDS.**

**CONTACT:- SUE WICKHAM, R.G.N.  
(REGISTRATION VERIFIED BY SPANISH AUTHORITIES)  
TELEPHONE: 650 235 839**

**Figura 18.** Anuncio de cuidadora para extranjeros  
Fuente: Urbanización Sondosal

---

profundizar en el trabajo de Precarias a la Deriva (2004: 217-248), en el que se muestra cómo las políticas migratorias han favorecido fenómenos sociales como la «globalización de los cuidados» y las «cadenas mundiales de afectos».

## Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

Jane estuvo ingresada en el hospital Miramar por un cáncer de mama. Su marido le acompañó para atender sus necesidades, pero no tanto por elección sino porque no tenía otra opción. Le ponía la cuña, se quedaba por las noches a dormir, le lavaba. Hubiera preferido que lo hicieran los profesionales, pues no es una ayuda fácil de aceptar, de hecho cree que no todos los hombres lo harían:

*“It might put some people off giving you a bedpan and having to wipe their bottom with toilet paper. It could put someone off. But they do say you get married for better or for worse, and that could be one of the worst aspects. It didn’t turn my husband off because of the service he’s been in but it would Colin next door, he couldn’t go in and do all that for Josephine. (...) To do menial jobs like clearing up people’s mess, something like that... As I say, it could upset people, it could make them ill, but it didn’t my husband. But it could make them... if they think they are going to be sick because the patient has been sick and they have to clear it up. I don’t... It’s a job to judge really, which one would be better. But they’re there if you want them, in Spain. They’ve got the bell push that you’ve got in England, as well”.*<sup>465</sup>

Cuando en una pareja heterosexual son las mujeres quienes necesitan cuidados, a las dificultades derivadas por la falta de ayuda profesional se suman las que la socialización de género desigual ha perpetuado en relación al cuidado del otro.

### *Martha y alrededores*

Como en el caso de Jane, hay veces que los familiares están presentes, bien porque quieren o porque no tienen otra opción. Un ejemplo es la historia de Martha, a quien conocí durante su ingreso en el hospital. Tenía sesenta y ocho años, al igual que su marido, y era la viva representación de la “abuela inglesa”. Una mujer de formas generosas, mejillas sonrosadas, pelo canoso, mirada afable y sonrisa amplia. Hacía siete años que se habían mudado desde Manchester a una urbanización en Torrevieja, una sin colinas para que pudiera desplazarse sin que su cadera se resintiera. Feliz con su vida en España, habitual del club de bolos y sin compromisos de hijos, dado que no tenían, no quería volver a Manchester, lugar de vida muy rápida y donde afirmaba no tener nada por lo que regresar. De hecho, no volvió.

Peter conduce, así es que no tiene dificultades en venir a visitarla, lo que hace a menudo, aunque le lleve unos cuarenta y cinco minutos cada trayecto. Éste no es su hospital de referencia, pero la han derivado aquí porque el servicio de oncología que le corresponde está limitado tecnológicamente para atenderla. Peter comenta que los ingleses no están siempre acompañados como los españoles. Allí sólo pueden estar

---

<sup>465</sup> “Puede que a alguien le dé reparo ponerte la cuña y tener que limpiarte el trasero con papel higiénico. Pero dicen que te casas para lo bueno y lo malo, y ese puede ser uno de los peores aspectos. A mi marido no le daba reparo por el trabajo que ha hecho, pero pudo ver como Colin, en la habitación de al lado, no podía hacer todo eso por Josephine... Hacer trabajos de baja categoría como limpiar la suciedad de otros puede afligir a la gente, les puede dar aprensión, pero a mi marido no. Piensan que pueden vomitar porque el paciente ha vomitado y tienen que limpiarlo. Yo no... Es un trabajo tener que juzgar quién podría hacerlo mejor. Pero en España están ahí si los requieres. Tienen el mismo timbre que en Inglaterra.

dos horas por la mañana y otras dos por la tarde. De hecho ven diferencias en el ambiente, pues ellos están acostumbrados a los hospitales ingleses, con menos trasiego, menos gente y más silencio. Por ello las visitas ajenas, si son muy ruidosas les son muy molestas. Dice sonriendo, que a veces parece que en la habitación se esté jugando un partido de fútbol.

Martha también recibe otras visitas. La hermana de Martha, inmigrante de retiro en Torrevieja como ella, también va a verla de vez en cuando. Además tiene contratadas a dos asistentes de una asociación británica que acuden de 1.00 a 3.00 de la madrugada. Cuando está en casa también le ayudan en las tareas de aseo personal, para vestirse, para acostarse. Ambas son inglesas pero hablan un poquito de español con el que se defienden para pedir lo básico: “cuña”, “pañal”. Un español como el que usa el marido de Martha y que despierta las bromas de unas auxiliares a quienes les divierte imitar su acento cuando éste pide el pañal para ella. Las mismas auxiliares que son objeto de crítica por parte de una enfermera porque cuando Martha pide la cuña, ellas declinan ir y prefieren ponerle el pañal para ahorrarse trabajo.<sup>466</sup>

Es la tercera vez que es ingresada en este hospital, así que viene preparada con lo que pueda necesitar: un vocabulario de español-inglés, un reloj, un termo con té y una botellita con leche. Dice que no necesita que sus familiares estén con ella, que si los necesita, los llama por teléfono. Está contenta con la atención que recibe, pero le entristece no poder comunicarse más. Hubiera preferido compartir habitación con alguien que hablara inglés, pero no había nadie en esos momentos. Al menos le quedan las revistas en inglés que justamente Doris había dejado para que otros las pudieran aprovechar. Sus familiares y el personal dicen de ella que apenas se queja, y esto es algo que el personal sanitario suele valorar positivamente en los pacientes europeos: su educación y que son poco demandantes. Martha, con apacible resignación, dice que simplemente toma las cosas como vienen.

Comenta, sonriendo, que se han equivocado, le han puesto setenta y un años, es decir, cuatro años de más. Se lo traslado a una enfermera y lo revisan para cambiarlo. En su historial médico pone, entre otras cosas, que sólo habla inglés, que lleva silla de ruedas y que tiene un deterioro del estado general. Llama la atención que en su ficha de enfermería no haya ninguna valoración, sólo pone: “Independiente para actividades básicas de la vida diaria” y “dificultad idiomática”. Uno de los problemas con los extranjeros es que si no hablan español, en muchas ocasiones no se les hace

---

<sup>466</sup> En este sentido Manuel Moreno señala que “es bastante frecuente por parte del personal sanitario colocar pañales de forma indiscriminada a los pacientes de una cierta edad, para evitar tener que cambiar sábanas ante eventuales pérdidas urinarias y/o fecales. Está demostrado, sin embargo, que esta práctica puede producir incontinencia en muchos pacientes” (2008:88).

### *Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales*

evaluación de enfermería. La falta de datos más las dificultades idiomáticas tienen importantes repercusiones en la atención; por ejemplo, ante una situación de desorientación, de nerviosismo o de agresividad del paciente. En estos casos, si no se pueden entender no pueden probar la coherencia del paciente, ni tampoco disponen de información suficiente para conocer su situación, por lo que no pueden valorar adecuadamente el origen de su estado.

Neus, enfermera de oncología, estaba indignada por un suceso con un paciente inglés. Cuando ella entró a trabajar en su turno de la tarde supo que llevaba 20 horas atado. Le cuentan lo sucedido. Había sido ingresado por la tarde sin problemas pero a la noche empezó a ponerse violento y nervioso. Decidieron atarlo. Llamaron a su mujer por teléfono para intentar explicarle la situación y para que acuda, pero ella dice que lo hará a la mañana siguiente, por lo que será objeto de las conversaciones y de las críticas. El recurso a la contención mecánica mediante la atadura ya no se practica en el Reino Unido y pueden sentirse violentados, pero en este caso la mujer, en su rudimentario español, le comunicará su aceptación entendiendo las circunstancias y como forma de evitar que les hiciera daño. Cuando Neus ve al paciente a la tarde siguiente, lo encuentra muy tranquilo, amable y cordial. No entiende por qué está atado. Escudriñando en el historial y preguntando a la médica se entera de que la medicación que le habían dado podía producirle desorientación, pero de manera transitoria; el problema es que nadie lo había dejado escrito en la hoja de seguimiento, razón por la cual él seguía atado. Neus tuvo que vendarle los brazos por las heridas que le habían producido las ataduras. Las auxiliares, también sorprendidas con este suceso, aprovecharán para en este caso ser ellas quienes critiquen a las enfermeras por su orientación técnica pero su incapacidad para ser sensible a estas situaciones.

#### *Aftercare (El cuidado después del cuidado)*

Bajaron a Stanley de la ambulancia, lo dejaron en el jardín de su casa y se marcharon. Todavía llevaba puesta la bata del hospital que dejaba al descubierto su trasero. De su casa le distanciaban dos tramos de escaleras y no había ningún vecino cerca, de modo que no pudo hacer más que quedarse ahí clavado, perplejo y avergonzado hasta que alguien pudiera ayudarlo. Tenía ochenta y dos años y lo habían enviado a casa desde el hospital pues el estado de su enfermedad ya era terminal. Stanley amaba España, hablaba español, le encantaba relacionarse con la gente local. Su deseo era morir en España. Pero esta experiencia del final de sus días le llenó de pesadumbre y le hizo renegar de todo lo anterior. Se sintió abandonado y herido en su dignidad. Jodie, en tanto que representante de una asociación de cuidados paliativos, recibió un aviso. Allí acudieron para ayudarlo a subir, para asearle, vestirle y acostarlo. Pasados dos días les

pidió una copa de vino tinto, se sentaron a su alrededor mientras la bebía, y así murió.

No sólo la provisión de cuidados es problemática durante las estancias hospitalarias, también lo es cuando ante una situación de dependencia no hay un apoyo institucional que favorezca la autonomía. Muchas veces las personas mayores extranjeras se encuentran solas o ambos miembros de la pareja, debido a su edad o estado de salud, tienen dificultades físicas o mentales para atender a sus parejas. De nuevo, esta situación es extensible a los mayores autóctonos, pero la diferencia vuelve a ser la mayor presencia de la familia en estos últimos. Faltan recursos para la atención sociosanitaria a domicilio, sean cuidados postoperatorios, paliativos, ayudas para la autonomía; así como especialmente en lo que refiere a plazas residenciales, sean públicas o privadas (Alcalde et al. 2006), donde España ocupa una posición inferior con respecto a la media europea según las recomienda la OMS (Huber, 2000, 2005)<sup>467</sup>.

El complejo asistencial del *aftercare* institucional que las personas británicas echan en falta se compone de recursos como las *district nurses*, *home help service*, *meals on wheels*, o *sheltered accomodation*. Unos servicios equivalentes a las enfermeras de primaria, la atención domiciliaria o hospitalización a domicilio, cuidados postoperatorios, el servicio polivalente de ayuda a domicilio (SAD), el programa “*menjar a casa*”, o las viviendas tuteladas y centros municipales de personas mayores. Todos ellos son servicios disponibles en la provincia de Alicante, prestados desde distintas instancias como la Agencia Valenciana de Salud, la Conselleria de Bienestar Social, los distintos ayuntamientos o la Cruz Roja; pero insuficientes para cubrir las demandas de la población tanto autóctona como extranjera. Su débil intensidad y su escasa cobertura hacen que el déficit en la atención a las situaciones de dependencia afecte de manera específica al colectivo extranjero de usuarios.

La demanda existe pero no se reclaman más medios. En el caso de las personas españolas porque el peso moral asociado a *los cuidados* familiares la convierte en una reivindicación plagada de controversias y vacilaciones. En el caso de las personas extranjeras, porque asumen que no existe dicha oferta. Como consecuencia, la escasa oferta disponible y la elevada demanda ficticiamente se acomodan, resultando en un equilibrio inestable que se cubre mal que bien con apoyos familiares, con mujeres inmigrantes o en el ámbito asociativo. Este panorama es una muestra de la debilidad de políticas públicas con respecto a las políticas de proximidad, y un reflejo de cómo la familia sigue siendo la principal institución asistencial. La llamada “Ley de la

---

<sup>467</sup> Según el estudio de Huber (2000) la cobertura de plazas para ancianos en 1999, era de 2,9 plazas por cada 100 ancianos en España, y tan solo de 1,9 plazas en la provincia de Alicante, por debajo del promedio de 5 a 6 plazas en la mayoría de países de la Unión Europea. Teniendo en cuenta el número de personas en la provincia de Alicante mayores de 65 años, el déficit alcanzaría la cifra de 3400 plazas.

### Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

Dependencia”,<sup>468</sup> es un esfuerzo político por paliar estas necesidades. Esta ley, que se está incorporando con bastantes dificultades por falta de acuerdos y recursos, pretende configurar el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) priorizando la prestación de servicios (ayuda a domicilio, centros de día y de noche, teleasistencia, plazas residenciales) además de prestaciones económicas. Se trata de un avance importante, pero con desajustes entre la teoría y la práctica. En su diseño y aplicación se sigue delegando gran parte de la responsabilidad sobre la familia en lugar de promover una mayor creación de servicios externos a ella. Una orientación extensible a otras políticas públicas del Estado español en las que más que defender la autonomía lo que se defiende es la familia (Allué, 2003). Por otra parte, la mercantilización de *los cuidados* tampoco ha modificado sustancialmente los patrones de género sino que lo que ha hecho es jerarquizar su acceso en términos de clase.

Desde el Reino Unido también se oyen ecos de los déficits para la provisión de cuidados en el NHS. En los diarios se pueden leer noticias como la del *Hull Daily Mail*, en la que se advertía del estado de malnutrición de las personas mayores ingresadas. Se comentaba que las enfermeras no dan abasto para alimentarles con lo cual en muchas ocasiones se quedan sin comer.<sup>469</sup> Dada la incapacidad para cubrir todas las necesidades se están haciendo esfuerzos para recuperar a la familia como alternativa asistencial, incentivando su implicación en las salas hospitalarias (Nolan et al. 2003).

Los obstáculos burocráticos y materiales van siendo sorteados de diversas formas para que se puedan cubrir algunas demandas no contempladas. Por ejemplo, en el hospital Miramar algunas enfermeras que conocen bien las normas del servicio de ambulancias, se aseguran de que la persona sea trasladada a su hogar y subida hasta su casa solicitando que la ambulancia acuda con dos personas en lugar de una. Por parte de los usuarios también está el recurso a los servicios privados, aunque las ofertas no suelen ser muy útiles por la barrera lingüística. El mercado conoce muy bien cuáles son las necesidades no cubiertas y el perfil de sus posibles clientes, por lo que saben dónde y cómo dirigir la oferta. Los periódicos extranjeros contienen multitud de reclamos en los que se destacan las facilidades idiomáticas y la independencia como: “*Make the most of life. Retirement with independence*”.<sup>470</sup> En esta publicidad se anuncian apartamentos tutelados para personas mayores en los que se ofrece literalmente confort y privacidad en tu propio apartamento, junto con los servicios de una

---

<sup>468</sup> En 2007 entró en vigor la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, precisamente para acercar a España a los niveles de otros países del norte de Europa. Se plantea un sistema más cercano al modelo universal, financiado por impuestos, gestionado por las administraciones autonómicas y a nivel municipal a través de las concejalías de Bienestar Social.

<sup>469</sup> *Hull Daily Mail* (England) 26/08/06.

<sup>470</sup> “Sácale el mayor partido a tu vida. Jubilación con independencia”.



residencia moderna.

Otra de las ofertas que se publicitan son los “*life-resorts*”, un fenómeno residencial singular orientado específicamente para las personas mayores, que es habitual en las áreas de inmigración de retiro. Como si de “urbanizaciones geriátricas” se tratara, las personas mayores que disponen de rentas altas pueden acceder a una vivienda privada en propiedad o alquiler en un entorno adaptado a las necesidades propias de la edad. Tienen los servicios asistenciales cubiertos, pero además son ellos quienes deciden su ritmo de vida manteniendo su privacidad y autonomía personal (Ayllón, 2005). La clave para hacerlos atractivos es que no se parezcan en nada a una residencia ni a un complejo geriátrico. En el folleto publicitario del *Santa Pola Life Resort* se anuncian como:

“Un concepto novedoso para disfrutar de una vida llena de actividad, pero segura, al llegar a la ‘edad dorada’, en un entorno especialmente diseñado al efecto junto al Mediterráneo. Aquí cada residente vive su vida personal y privada, a su gusto, tal y como habitualmente solía hacer, pero con la ventaja de poder compartir variadas actividades (...) con otras personas de similares inquietudes. Así, su vida estará llena de amigos, entretenimiento y salud.”

Un ejemplo de cómo las fábricas de sueños y negocios siguen creando modelos ex-urbanos (Huber, 2000) que respondan a las aspiraciones contemporáneas de seguridad y libertad, de comunidad y de individualidad (Bauman, 2003). Pero no todos pueden acceder económicamente a esos entornos y a otros servicios para la dependencia, o simplemente devienen insostenibles dada una situación prolongada de necesidades de atención por lo que se ven forzados a veces a retornar a sus países buscando ayudas, no necesariamente familiares sino institucionales. Pero no siempre es fácil volver, sea por problemas de salud o por haberse cortado tanto los lazos sociales como institucionales con el país de origen (Betty y Cahill, 1998; Hardill et al. 2005). En este sentido, la capacidad de respuesta en situaciones críticas va a depender de los recursos económicos, las habilidades lingüísticas o las redes sociales y familiares de apoyo (Hardill et al. 2005). Si bien, antes del retorno tienen otra opción más: recurrir a los sistemas de apoyo informal.

### **9.5. El apoyo social en las fisuras de los modelos sociales y de bienestar**

La llegada de jubiladas y jubilados evidencia las contradicciones de nuestro propio modelo de bienestar y afecta de forma específica a este colectivo de usuarios de los servicios de atención sociosanitaria (Alcalde et al. 2006:40). Se trata de problemas y tensiones que reflejan la íntima vinculación entre el ámbito de los cuidados, la familia y las políticas en que se basa el modelo de bienestar del Estado español. Las diferencias entre los modelos sociales y de bienestar que funcionan en el norte y en el sur de Europa dejan patente que no existe una homogeneidad europea en las políticas sociales y de bienestar. Siendo claramente los países del sur europeo los que presentan un menor nivel de desarrollo de servicios sociosanitarios (Ackers y Dwyer, 2002; King et al. 2000). En la nomenclatura de Esping-Andersen (1990), el sistema de bienestar español es definido como familista, esto es, un régimen en el que las administraciones públicas dan por supuesto el hecho de que las familias y los hogares asumen la responsabilidad principal a la hora de garantizar el bienestar de sus miembros.

A esta matriz familista y generizada hay que añadir una coyuntura social más que configura la demanda de la población en general, y en particular la de jubilados europeos. Nos referimos al progresivo envejecimiento de la población. La salud y el bienestar de las futuras personas ancianas dependen del desarrollo de los modelos de morbilidad, y en el presente nadie sabe qué ocurrirá. En cualquier caso, se considera que en el futuro próximo, la verdadera crisis de los Estados de Bienestar será una crisis en la provisión de los cuidados (Myles, 1991; en Bazo, 2002:117). En las áreas de retiro en donde las tasas de envejecimiento demográfico son más altas, la situación se exagera. De ahí que haya voces de alarma que alertan de la insostenibilidad de este modelo de migración.

Sin embargo, las manifestaciones en relación al gasto generado por el aumento de los índices de envejecimiento poblacional necesitan ser matizadas desde ópticas como la que plantea David Casado (2001). En esta argumenta que no sólo hay que mirar al índice de consumo sino a la gestión de los recursos. Según los hallazgos de su investigación, sólo una pequeña parte del aumento del gasto se puede atribuir al envejecimiento poblacional. Hay cierto acuerdo en que las personas mayores hacen mayor uso de los servicios sanitarios que el resto de la población, en términos relativos, y que los problemas de salud son más frecuentes según se consideran cohortes de individuos de mayor edad. Lo que es más difícil de calibrar es cuánto más aumenta el gasto en relación con la edad. El gasto sanitario se ha incrementado no sólo en las personas mayores sino en todas las cohortes, por lo que el autor propone incidir en la organización de los servicios, en la gestión de los nuevos tratamientos médicos que aparecen, y en las opciones asistenciales ya existentes. Es decir,

maximizar la salud de la población con los recursos de que se dispone, dar una respuesta asistencial más adecuada a sus necesidades, y promover una coordinación más efectiva entre servicios sociales y sanitarios.<sup>471</sup>

En cualquier caso, la mayor longevidad de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, físicas y mentales, constituyen un desafío para el modelo médico, que necesita un cambio de paradigma del curar al cuidar (Helman, 1984:8). Un panorama también aplicable a la realidad de la inmigración. Las dificultades de atención a la diversidad cultural en el sector salud van más allá de la confrontación étnico-lingüística de los inmigrantes, puesto que guardan una mayor relación con la transición en la demanda de ayuda sanitaria hacia enfermedades crónicas y degenerativas, malestares y formas de aflicción cuyas respuestas terapéuticas y asistenciales desbordan los límites del modelo biomédico y exigen nuevas estrategias asistenciales (Comelles y Bernal, 2007).

Por otro lado hay que recordar que las personas mayores son una carga más potencial que real. Ser una persona de edad no significa necesariamente ser dependiente, pero esta mirada es deudora de la consideración de la vejez como un problema social. Las personas mayores son vistas como consumidores natos y como depositarios de ayuda por parte de las generaciones más jóvenes. Se obvia el papel activo y sostenedor de los mayores hacia sus descendientes adultos, pues si bien es cierto que reciben pensiones y cuidados, también hacen transferencias y proveen apoyo y atención a las generaciones más jóvenes (Forbat, 2005). Las personas mayores han sido minusvaloradas en su capacidad de crear valores, de promover redes de voluntariado, de realizar trabajo provechoso, y de proveer apoyo financiero y social. Estos elementos nos llevan a virar la mirada sobre la tercera edad desde la carga al recurso. Porque si de algo son acreedoras estas personas mayores es de tiempo. Un bien del que no es fácil disponer en las sociedades contemporáneas. Un tiempo que les permite desarrollar redes de apoyo y ayuda mutua como sucede en los lugares de retiro. Unas relaciones de reciprocidad y de interdependencia que contrastan con las miradas hacia ellos como dependientes receptores de cuidados.

---

<sup>471</sup> Los factores principales en juego serían: envejecimiento demográfico, estado de salud y coste de la asistencia sanitaria. Otros factores más relevantes que han incrementado el gasto son de carácter no demográfico y tienen que ver con la intensidad de la atención, el coste de los tratamientos o el desarrollo de nuevas tecnologías médicas. Factores que, a diferencia del demográfico, sí son susceptibles de regulación futura, y por ello, controlables.

## Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

### *With a little help from my friends:*<sup>472</sup> *Las charities*

Como ya hemos visto, el estándar de recursos que forman parte de sus expectativas asistenciales no siempre figura en la oferta asistencial del lugar de destino. Esta circunstancia lleva a que algunos de los retirados acaben recurriendo a los recursos organizados y prestados por compatriotas; sea a través de redes nacionales o de vecindad de carácter informal, o a través de asociaciones y grupos de apoyo y ayuda mutua,<sup>473</sup> habitualmente llamadas “*charities*”. Organizadas por y para la comunidad de extranjeros, aunque abiertas a todos, llegan a quienes más lo necesitan y allá donde la incertidumbre del porvenir asoma, donde las instituciones y estamentos, tanto de sus países de origen como de destino, no aseguran la cobertura de sus necesidades.

La “cultura de ayuda” se funda en unos intereses comunes a partir de los cuales se produce solidaridad. Esta orientación está muy extendida en los entornos de retiro, especialmente entre la población británica (O’Reilly, 2000). El tejido asociativo de estas áreas es muy extenso y abarca todo tipo de fines: desde lo lúdico hasta la prestación de apoyo y ayuda, así como la protección de la propiedad y de las zonas residenciales.<sup>474</sup> Tanto les sirve para recrearse culturalmente, como para crear redes de apoyo y canalizar demandas e iniciativas (Betty y Cahill, 1996). Afirman Carles Simó y colaboradores que “ante una administración que los identifica como turistas en vez de reconocerles plenamente como residentes, que no puede o no sabe ofrecerle los servicios adecuados, la organización del apoyo *inter nos* deviene crucial” (2005:51).

Las asociaciones atienden las necesidades de los residentes extranjeros que no han sido previstas ni cubiertas por las inmobiliarias, ni por los organismos locales. A menudo son la última instancia a la que pueden acudir para solventar problemas que afectan a su salud. Organizaciones británicas como *Royal Air Force Benevolent Fund*, *The Royal British Legion*, *Help the Aged* y *Age Concern* son conscientes de las situaciones problemáticas en las que se pueden ver envueltos sus compatriotas ante una decisión de tal calibre como es emigrar a una edad avanzada hacia un país diferente. También hay asociaciones españolas llevadas por extranjeros europeos y por autóctonos que se encargan de esta población como: *Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)*, *Cruz Roja* o *Alcohólicos Anónimos*; o asociaciones generadas en el propio contexto de destino que responden a las necesidades concretas de los que allí residen.

---

<sup>472</sup> Con un poco de ayuda de mis amigos. Título de una canción de los Beatles.

<sup>473</sup> Los grupos de ayuda mutua son una “transposición de la tradicional ayuda doméstico-familiar” (Canals, 1996; en Haro, 200:113) porque prestan servicios fuera del ámbito doméstico y de los círculos de sociabilidad primaria.

<sup>474</sup> Entre asociaciones, clubes y grupos de amistad se han llegado a contabilizar unas 724 asociaciones de residentes europeos en la Comunidad Valenciana, la mayor parte de ellas concentradas en la provincia de Alicante (Simó et al. 2005).

Desde sus sedes ofrecen tanto información (derechos sociosanitarios, el funcionamiento del sistema sanitario español, etc.) como ayuda personal y material. Suponen la activación de las redes de apoyo y ayuda mutua con las que compensan la falta de recursos familiares, así como las diversas dificultades a las que se enfrentan en el nuevo contexto. Algunas de ellas disponen de sitio *web* y como si de comunidades virtuales se tratara, muchas responden a las inquietudes y dudas de los inmigrantes retirados ofreciéndoles información a través de hojas informativas,<sup>475</sup> de publicaciones e informes.<sup>476</sup>

### *Entre el gueto y la comunidad de apoyo*

Madeleine no tiene cáncer pero se enroló en la asociación de ayuda a personas con cáncer por su vinculación con el lugar en el que vive y con su gente. No recogen dinero para la investigación sino para que se traduzca en un beneficio directo para la gente de la urbanización. De hecho, ese fue el espíritu con el que se creó. En 1999, cuatro inglesas residentes en la comarca vecina se conocieron durante el tratamiento de un cáncer del que habían sido diagnosticadas. Pusieron en común sus problemas y necesidades, y así fue como la asociación se puso en marcha. Entre sus cometidos están el de trasladar a gente al hospital o proveer ayuda con la interpretación:

*“We have 20 drivers, we have four interpreters, we have two nursing care and we have a beauty expert, who all give their services free of charge. We run people, as I say, to doctors, to hospitals and that. We, for the carers, we go in and sit with the sufferer while the carer has a night off, she can go for a meal or do what she wants, we will go and sit in for a night and look after the person who is ill for that time. We will ring them up, if they need any shopping or anything like that, we will go and do it”.*<sup>477</sup>

Madeleine manifiesta que su colaboración en la asociación es, asimismo, una forma de devolverle a España lo que recibe de sus instituciones sanitarias. Entiende que no hay dinero suficiente para cubrir las demandas de cuidados de las personas extranjeras. Por esta razón la asociación colabora en su compensación:

---

<sup>475</sup> En internet pueden acceder a información referente a los derechos sanitarios en España, a los derechos exportables desde UK, a qué hacer en caso de fallecimiento o a las implicaciones de los cuidados entre otros temas desde páginas no gubernamentales que atienden la falta información y la defensa de derechos (<http://www.helptheaged.org.uk/en-gb>; <http://www.c-euro.org/> o <http://www.acespana.org/>; <http://www.ukgovabusesexpats.co.uk/>).

<sup>476</sup> Algunos de ellos son: Mullan (1993); Age Concern et al. (1993); Harbert, (1994); Holbrook, (2004).

<sup>477</sup> “Tenemos 20 conductores, 4 intérpretes, 2 enfermeras y 1 esteticista que ofrecen sus servicios gratis. Llevamos a la gente al médico, al hospital. Nosotros vamos y nos sentamos junto a los pacientes y así los cuidadores pueden descansar una noche, pueden ir a comer o hacer lo que quieran, nosotros vamos por la noche y cuidamos de la persona que está enferma. Los llamamos para ver si necesitan alguna compra o algo por el estilo”.

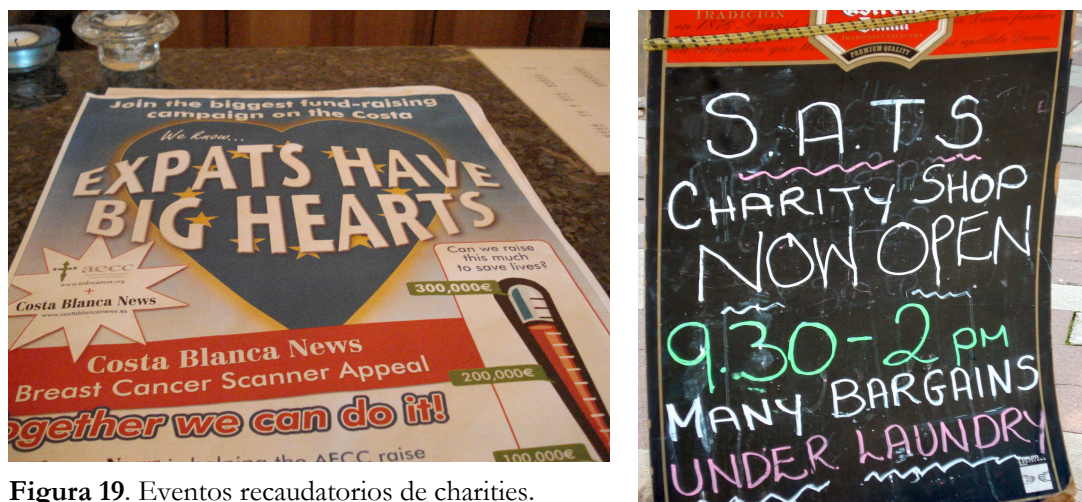
### Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

*“We live in this area and so we are getting our health care and everything like that from the government here, we get free health care and we’re looked after, and if you’re over 60 you even get your prescriptions and everything free of charge. So in a way, although we are putting money into the economy here by living here and spending our pension, I mean my pension and nine out of ten English people’s pension is paid directly to Spain, it’s not given to anyone in England, the bank, it’s paid directly here, and our money so economically we’re helping the Spanish economy because we are spending our money here. For that we get free health care here, we get the hospitals, we get everything like that, so we thought, we want to put something back. And Miramar hospital’s got a good oncology service there, so we thought we’ll do something for that”.<sup>478</sup>*

Sus formas de recaudar dinero distan bastante de las recaudaciones españolas. Según Madeleine, en Inglaterra es habitual hacerlo de las formas más llamativas, tal y como ellos hacen aquí con sus fiestas, rifas, disfraces o apuestas como la que Madeleine aceptó y que consistía en raparse el pelo para conseguir fondos. Con ellas recolectan mucho dinero. Las últimas navidades consiguieron 18.000 euros.

---

<sup>478</sup> “Vivimos en esta zona por lo que tenemos asistencia sanitaria del gobierno de aquí, tenemos asistencia gratis y nos cuidan y, además, si tienes más de sesenta años incluso tienes tus medicamentos y todo gratis. Por lo que de algún modo, aunque estemos poniendo nuestro dinero en esta economía por el hecho de vivir aquí y gastar nuestra pensión, quiero decir mi pensión y las de 9 de cada 10 pensiones inglesas se pagan directamente a España, no se dan a nadie en Inglaterra, el banco la paga aquí directamente, por lo que económicamente estamos ayudando a la economía española ya que nos estamos gastando el dinero aquí. Por eso tenemos asistencia sanitaria gratis, vamos a los hospitales y por eso pensamos que querríamos dar algo a cambio. El Hospital de Miramar tiene un servicio de oncología muy bueno y pensamos que debemos hacer algo por ellos”.



**Figura 19.** Eventos recaudatorios de charities.  
Fuente: Urbanizaciones

Su involucración va más allá de los objetivos del grupo. Empatiza con la gente a la que va ayudar y entiende que las situaciones en las que éstas se encuentran, son las mismas en las que ella se podría ver envuelta, por lo que ayuda a los demás del mismo modo que le gustaría que lo hicieran con ella:

*“Me personally I have three that I deal with. And I go and I do their shopping. One lady I go in the morning and dress her, bath her, dress her and sit her in her chair and make her breakfast for her. She has to have a splint on her leg, I put that on, then she can manage a little bit. I have a neighbour who will go and give her some lunch. If she’s going out for the day I take her lunch, and we have a hot lunch at lunchtime with her. Then I go back in the evening about six and I get her dressed for bed and I do her some sandwiches and wrap them up and I do her a flask of tea and coffee and leave it on the side. She can manage to get that and get herself to bed as long as she’s ready for bed. She can sit up until whatever time, read, watch television, whatever, she can get herself to bed. But I’m frightened, she always says she can manage to make a sandwich, but I’m frightened if she’s making a cup of tea, if it slips or anything, she could hurt herself. She lives on her own. She’s 82, she lives on her own. If they live on their own it’s a big problem, yes. Well her husband died in January of cancer and she’s got it now, breast cancer, and it’s going into the lymph nodes now. So I do as much of that ... I’ve got three and I do the shopping, I get, well I’ve got a wheelchair and I take them out in the wheelchair, I take them for meals, I take them for walks, I do all that. And that’s not what we’re supposed to do in the support group, this is just me. I just, for those three I think they’re on their own and I think how I would like to be treated if I was bad. And so I do it for them”.*<sup>479</sup>

<sup>479</sup> “Yo, personalmente, me ocupo de tres personas. Voy y hago la compra. Por la mañana voy a ver a una señora y la baño, la visto, la siento en su silla y le hago el desayuno. Tiene que llevar una tablilla en su pierna, se la pongo y así se las arregla mejor. Tengo un vecino que va y le da la comida. Si puede pasar el día fuera le llevo comida y comemos algo caliente. Luego voy por la tarde, sobre las 6 y la preparo para acostarse, le hago algunos sandwiches, se los envuelvo y le preparo un termo de té y café que le dejo al lado de la cama. Se las arregla para tomárselo e irse a dormir. Se puede sentar hasta la hora que quiera y leer, ver televisión, lo que quiera. Pero tengo miedo, siempre dice que se las puede arreglar para hacer un sandwich, pero tengo miedo de que se haga una taza de té, tire algo y se haga daño. Vive sola y tiene 82 años. Si viven solos es un problema. Su marido murió de cáncer en Enero y ahora lo tiene ella, cáncer de mama, y se le está extendiendo a los ganglios linfáticos. Hago cuanto puedo... Me ocupo de tres y hago la compra, los llevo en silla de ruedas, los llevo a comer, a pasear. Hago todo eso. Y esto no es lo que se supone que tenemos que hacer en el grupo de apoyo, pero yo lo hago.

### Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

Ann está terminando su mandato como presidenta de una de las asociaciones más importantes de ayuda mutua y a terceros. Es una asociación con mucho arraigo en el Reino Unido y que, por iniciativa de los propios residentes, inauguró una sede en la Costa Blanca y otra en Mallorca. La asociación cubre la zona sur de la Costa Blanca y tiene su sede en Torrevieja, en la misma urbanización en la que reside.

A partir de la asociación, Ann ha encontrado una vía de socialización, así como de realización y desarrollo personal. La asociación ha aumentado sus redes de apoyo, ha mitigado el aislamiento y le ha proporcionado una red de protección (Ramos, 2006). Según un estudio realizado en esta sede, la mayoría de las personas que atienden son británicos de unos setenta años de media de edad, de los cuales un tercio viven solos. Generalmente buscan en la asociación equipamiento, servicios médicos y un espacio de socialización; aunque también se les presentan situaciones graves a las que tienen que responder. Por otra parte, a través de la asociación Ann ha podido ver la cara negativa de la migración a España:

*“I tell you what I see, over here, I tend to see the people most people don’t see, I tend to see the people who have got problems out here. People who’ve lost their partner, people who are suffering serious illnesses, people who’ve got themselves in a mess. And I tell you what I see, is that families in the UK of most of those people just do not want to know”.*<sup>480</sup>

Las malas relaciones con los hijos o simplemente no tener descendencia, aderezado con la falta de recursos institucionales y económicos, hacen que en la Costa Blanca haya extranjeros que quedan al amparo de asociaciones.

Jodie ha vivido por sí misma y a través de otros el desencuentro entre la demanda y la oferta. Su trabajo en los cuidados paliativos empieza cuando el hospital ya no puede hacer nada más y los mandan a casa. Procuran que el tiempo de vida que les reste, puedan ser tratados “con dignidad”. No entiende cómo en España no hay *hospices*.<sup>481</sup> Cómo en la Comunidad Valenciana, a diferencia de otras comunidades, no hay cuidados paliativos y el dinero se invierte en parques temáticos como Terra Mítica o en asuntos de corrupción. Tampoco comprende porqué los cuidados y la muerte son una cuestión familiar y no política. Si bien, al igual que manifestaba Madeleine, asume que su asociación funciona como complemento a la atención institucional para así afrontar el peso de la cantidad de gente mayor en los lugares de retiro, y como herramienta para corregir los desfases entre los sistemas de origen y el español:

---

Ellos están solos y pienso en cuánto me gustaría que me trataran así si yo estuviera mal”.

<sup>480</sup> “Te digo lo que veo aquí. Puedo ver cosas que la mayoría de la gente no ve. Veo a gente que tiene problemas. Personas que han perdido a su compañero, que sufren enfermedades muy serias, gente que se ha metido en un buen lío. Y te digo lo que veo, las familias del Reino Unido de la mayoría de esta gente, simplemente, no quieren saber nada”.

<sup>481</sup> Residencias para enfermos terminales.



*“What Tender Help is trying to do is bridge a gap of understanding at a time of need where the person who is in trouble, they have such trauma, they’re losing their loved one, they don’t know how to cope with the funeral and everything and they want to give all these troubles into the lap of a service provider. And that’s where Tender Help steps in. It’s not right to move to Spain, being English, and expect that here is the same system. Why am I not being cared for as in the UK? Then go home to the UK. Why did you come to Spain? It’s different. So we try with Tender Help to deal with the system as it is here and make them as comfortable in Spain as if they were home. So we are the extended family, we are the bridge to the system here and the knowledge of the social service network here in Spain. (...)Tender Help tries to provide everything: an understanding of the system, and provide for them under their concept of what they know of care, even though it doesn’t exist here. We try to make them comfortable and cared for in a way they know, in their language, we speak their language. But Tender Help is growing and we’re not only for just British people, we’re for the Spanish, we’re for the Germans and the Dutch and the Scandinavians. And for every situation there’s a translator who will help us to free the connection of the system and make it easier for the people”.*<sup>482</sup>

Al igual que en otras asociaciones, se destaca el propósito explícito de atender a la comunidad y de actuar como si fueran parte de la familia. A partir de la recreación del sentido de parentesco compensan las ausencias que las instituciones, la migración y la edad han producido. Como afirma Jodie: *“We are not just carers. We like to think of ourselves as your extended family”*.<sup>483</sup> Sabe que aunque estaría bien que la familia estuviera presente en las situaciones de crisis, hay veces que no puede estar y otras en las que no quiere estar. Pero entiende que las organizaciones de ayuda están para atender, para sustituir a la familia. Que lo importante no es hacer juicios sino cumplir con sus cometidos:

*“I’ve always said that Tender Help and its Angel network of nurses and the people that are a part of the organisation, and with Brigitte, we are your family now in Spain until your family in the UK decides to come here. Or not, exactly. But at least you’ll have someone who believes your person is worth the effort to be dignified, that you have a dignity of life, someone cares for you. Even if it’s not your son or daughter, and it should be, but you can’t change people and there are horrible people and they don’t come and help you and they say: (claps hands) ‘Call me again when he’s dead’. I’ve been told that: ‘All I want to know is when has he died, you take care of it, I give to you, I don’t want to be involved’. Oh, but they’ll have the money, the inheritance, that they want”.*<sup>484</sup>

---

<sup>482</sup> “Tender Help trata de ofrecer comprensión cuando una persona tiene un problema, un trauma, cuando están perdiendo a su gente querida y no saben cómo hacer frente al funeral y al resto de cosas, por lo que quieren dejar esto en manos de alguien que les pueda ofrecer este servicio. Entonces es cuando Tender Help aparece. No es correcto venir a España, siendo inglés, y esperar que el sistema de aquí sea el mismo de allí. ‘¿Por qué no me tratan aquí igual que en el Reino Unido?’ Entonces, regresa. ¿Por qué viniste a España? Es diferente. Lo que intentamos hacer con Tender Help es tratar con el sistema de aquí ya es aquí donde estamos y hacerles sentir tan cómodos en España como si estuvieran en casa. Somos como una extensión de la familia, somos el nexo de unión con el sistema de aquí y conocemos la red de servicios sociales en España... Tender Help intenta ofrecerlo todo: una comprensión del sistema y proporcionarles la atención que ellos esperan, aunque no exista aquí. Intentamos que estén cómodos y cuidados de la manera que ellos entienden, en su idioma, ya que hablamos su idioma. Pero Tender Help está creciendo y no estamos aquí sólo para los británicos, también para los españoles, alemanes, holandeses y escandinavos. Y para cada caso hay un traductor que nos ayuda a establecer una conexión con el sistema y hacerlo todo más fácil para la gente”.

<sup>483</sup> “No sólo somos cuidadoras. Nos gusta pensarlos como tu familia extensa”.

<sup>484</sup> “Siempre he dicho que Tender Help y las enfermeras de su ‘Red de ángeles’ y la gente que es parte de la organización, junto con Brigitte, somos tu familia en España hasta que tu familia en el Reino Unido decida venir

### *Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales*

Uno de los aspectos en los que incorporan su rol familiar, es en la gestión del dolor. Entienden que para algunos familiares puede ser duro y doloroso ver cómo fallece el ser querido, por lo que en esos casos sustituyen su presencia y tratan de aliviar tanto a los familiares como a la persona que está muriendo.

Las diferentes poblaciones de retirados según nacionalidad y sobre todo según lengua, tejen distintas redes de solidaridad. La existencia de mayor población británica permite diversificar la ayuda y crear asociaciones con fines específicos. Pero, por ejemplo, el hecho de que la población escandinava tenga un contingente menor y no toda sea bilingüe hace que esté más concentrada y que sus recursos estén más atomizados por nacionalidad o por lenguas similares. Oda ayuda a sus compatriotas noruegos a través del club nórdico y por cuenta propia. Recuerda a una mujer de setenta y seis años que cayó y se rompió el brazo. Los miembros del club se turnaron para ir a visitarla todos los días al hospital. Le llevaban café noruego y pasteles. Fue ella misma quien le buscó a alguien para que le limpiara la casa y le hiciera la comida, pero sólo pudo encontrar a una española. El problema de la lengua con las personas no británicas es mucho mayor, por ello las redes de ayuda son muy intensas. Conscientes de las dificultades y de la necesidad de establecer una red de apoyo, en su club han organizado una lista donde sus socios apuntan el teléfono de sus familiares en origen, en caso de que algo suceda.

Pero la ayuda no sólo viene organizada por asociaciones o clubes, sino que las redes vecinales también son parte importante de los flujos de reciprocidad. A Ann no le acaba de gustar el lugar donde vive porque está todo urbanizado, pero es lo que económicamente se pudo permitir y, al mismo tiempo, es el que le hace sentirse segura porque su vecina y amiga vive detrás de su casa y está para lo que necesiten. Josephine y Jane se manifiestan del mismo modo. Son vecinas, amigas y un apoyo mutuo. Ambas han estado hospitalizadas y han tenido recuperaciones en las que, como afirma Josephine, se han ayudado la una a la otra:

---

aquí. O no, exactamente. Pero al menos tienes a alguien que piensa que tu persona merece un esfuerzo por dignificarla, que tienes dignidad; alguien que se preocupa por ti, aunque no sea tu hijo o tu hija, y deberían serlo, pero no puedes cambiar a la gente. Hay personas deshumanizadas que no viene a ayudarte y dicen: (aplaude) 'Llámame cuando haya muerto'. A mí me lo han dicho: 'Lo único que quiero saber es cuándo ha muerto, tú te encargas de ello, te lo doy, no me quiero involucrar en ello'. Ah, pero tendrán el dinero, la herencia, eso sí que lo quieren”.

*“We all help each other. Jane next door, very ill with cancer, she’s had four operations. I was there every day for many, many months. She had chemo and lost her hair and would cry and I’ve been there for her. I do her washing and ironing, look after her husband. But she’d do the same for me. And we all have to help one another. One day Jane might need me to help her. So we all help one another.”*<sup>485</sup>

Judith no es precisamente una persona que busque ir a lugares como los *pubs* ingleses donde relacionarse con compatriotas. Cuando sale, prefiere ir a los bares y a clubs sociales españoles. Pero admite que el estereotipo de la poca integración de los extranjeros es cierto. Está de acuerdo con que son un gueto, aunque su sentido del gueto no es tanto el de la concentración de comercios extranjeros, sino el del entorno de ayuda y el sostén recíproco: *“Yes, we are a ghetto, and it means that we are with a group of English friends where we can help each other”*.<sup>486</sup>

La carencia de redes familiares y recursos institucionales genera redes de apoyo mutuo en los enclaves de retiro que nos puede llevar a entender estos lugares desde otra perspectiva diferente a la habitual visión del gueto. En ella, la concentración en un entorno escindido del resto representaría los límites de la estructura social informal de apoyo. Las organizaciones y redes desarrolladas en los enclaves y urbanizaciones de extranjeros, suponen una adaptación al medio en tanto que se transforman en áreas de concentración de recursos, tanto por la existencia de organizaciones de apoyo como de redes vecinales y de compatriotas. Son unas redes en las que la amistad y el apoyo mutuo adquieren un valor muy importante cuando los lazos familiares se han deteriorado o los familiares están lejos. De hecho, la activación y el arraigo del sector voluntario en estos enclaves contrasta con el bajo nivel de asociacionismo de la sociedad española (Simó y Herzog, 2005).

Para O’Reilly (2000), los guetos y enclaves son formas peyorativas con las que describir las formas de asentamiento de los migrantes de retiro que, además, opacan otras dimensiones relacionadas con la colaboración comunitaria. Para esta autora, el aislamiento de los británicos en España sería mejor conceptualizado desde la idea de redes, intercambios y construcción de límites simbólicos que en términos de segregación residencial. En este sentido, las urbanizaciones tienen un carácter ambivalente, porque si bien dan lugar a muchos problemas, al mismo tiempo resuelven otros relacionados con la protección social. Su atractivo en algunos casos

---

<sup>485</sup> “Nosotros nos ayudamos entre todos. Jane, mi vecina, estuvo muy enferma de cáncer, le han operado cuatro veces. Yo estuve allí cada día durante varios meses. Le pusieron quimio y perdió el pelo no paraba de llorar, y yo estuve con ella. Le lavaba, le planchaba, cuidaba de su marido. Pero ella haría lo mismo por mí. Y todos nos tenemos que ayudar unos a otros. Quizás un día Jane podría necesitar que le ayude. Nosotros nos ayudamos unos a otros”.

<sup>486</sup> “Sí, somos un gueto, y significa que estamos con un grupo de amigos ingleses donde nos ayudamos unos a otros”.

## Capítulo 9. *¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales*

puede deberse a una clase de mixofobia <sup>487</sup> heredera del más rancio colonialismo, pero en otras está relacionado con la recreación identitaria del sentido de comunidad de semejantes, o simplemente es expresión de la dificultad para mantener el equilibrio entre la apertura a lo novedoso y el mantenimiento de la seguridad. Porque hay urbanizaciones que concentran una misma nacionalidad, pero hay otras en donde la variedad de nacionalidades es amplísima, y el elemento que más comparten es la franja de edad y unas determinadas necesidades.

La población de retiro trata de hacer una gestión comunitaria de los riesgos a partir de redes sociales distintas de la familia. Unas prácticas que podríamos ubicarlas dentro del modelo de autoatención y autogestión colectiva de la salud (Menéndez, 1984:93), entendidas como estrategias de participación social en el ámbito de la salud para responder a necesidades no cubiertas por los sistemas profesionales, institucionales y nacionales de salud y asistencia social.

### **9.6. En la incertidumbre del porvenir**

Según diferentes perspectivas, la falta de correspondencia entre la oferta y la demanda viene provocada por una falta de provisión de las instituciones que falla en garantizar la equidad en salud, o bien por un fallo en la previsión de las futuras necesidades de las propias personas que migran. En la segunda posibilidad se enfatiza la necesidad de que las personas mayores sean conscientes de sus limitaciones y de los riesgos que conlleva migrar a edades avanzadas lejos de sus países y familias. Pero pensar en el futuro no es fácil cuando en la orientación vital prima el presente y el desafío al envejecimiento.

El paso del tiempo modifica las condiciones de vida tanto a nivel corporal, social como material. Hay quienes por circunstancias personales y por el conocimiento de otras experiencias tienen más presentes las necesidades futuras. Es el caso de Madeleine, que quiere quedarse en España y en la misma casa donde está. Sabe que para ello tendrá que mantenerse independiente y prever situaciones futuras que no percibe como tan lejanas. Conoce los hospitales y cuáles son las demandas de atención no cubiertas por el personal sanitario, y funda sus temores en las experiencias ajenas. Ha visto cómo en las habitaciones de los hospitales muchos familiares no sólo acompañan sino que realizan otras tareas, pero ella no cuenta con ese recurso. Le está dando vueltas a cómo hacerlo y, por lo pronto, ya piensa en instalarse en la planta baja. Pero hay quienes no piensan en postrimerías porque no tienen motivos para hacerlo;

---

<sup>487</sup> Zygmunt Bauman la define como “el impulso a buscar islas de similitud e igualdad en medio del mar de la diversidad y la diferencia” (2007:124).

ni por razón de su edad ni por razón de su salud. Porque, como dice Bauman, “nadie espera un relámpago en un cielo sin nubes” (2007:127). Cuando llegan a España buscan empezar, la vida en España no es un libro que quieran abrir desde el final.

No sólo se trata de venir para un comienzo sino que hay quienes afirman saber que cuanto más tiempo pasen aquí, más establecidos estarán y más confiados para desenvolverse en el entorno; lo que hará que se decanten por quedarse permanentemente en España. Para Marion es cuestión de tiempo: “*I think the longer I spend here, the more I get to know Spain and the people, I will make more friends here, this will become more and more my home. This is my home now, not the one I’ve got in England.*”<sup>488</sup> Se van distanciando del origen, o como dice Judith, “*originally, my roots were England. But here, now, my home is here now*”.<sup>489</sup>

A pesar de ello, las aspiraciones de salud, bienestar y autonomía depositadas en la nueva vida emprendida, se enmarcan en un horizonte de incertidumbre. La inestabilidad que supone el paso del tiempo y sus cambios les hace más susceptibles de ser vulnerables ante la alargada sombra del infortunio y unos recursos para la dependencia escasos. Sus expectativas de emancipación y autonomía chocan con las limitaciones familistas del Estado de Bienestar español. Pero no son cuestiones recurrentes, se evita hablar de aquello que les remita a aspectos negativos, que oscurezca sus experiencias con futuribles que precisamente están intentando alejar con su vida en España. Ann en sus charlas apela a sus compatriotas a que aparte de saber dónde está el club de golf y los mejores restaurantes de la playa, tomen conciencia de sus posibles necesidades, que sepan dónde están los hospitales. Sabe que el presentismo tiene consecuencias, pero reconoce que de no ser porque pertenece a la asociación, también sería ajena a ello. Lo cierto es que la vida en España no es una foto fija:

*“Usually, a couple can come out here, fit and healthy, no problems and live a lovely life for 15, 20 years. Then you get one of them die, one is left on their own, their health starts to fail, they have illnesses, they might have a stroke. Whatever problem it might be they are not as fit as they used to be. Their finances are not as good as they used to be. So you get a lot of elderly people out here who live quite isolated lives, because they can’t afford, they haven’t got the money to go out and join groups, they might not be able to drive any more so they have to rely on buses, and the buses round here go like racing cars. A lot of the old people are frightened to go on the buses because the bus drivers don’t wait until they sit down, so if you’re elderly and frail you’re trying to hang on while the buses, you know, dive round corners and that sort of thing (...)I had an elderly lady of 83, no the lady was 78 and her husband was 83. He’d had several health problems anyway and he died suddenly at the age of 83. They had 45 euros in the bank account; he’d taken out a loan, so he was paying that loan. And it took me a year to help this lady get herself back financially and get everything sorted. And I said to her one day, did you, because she said that they went out every day to eat, they did everything, they had a*

---

<sup>488</sup> “Creo que cuanto más tiempo pase aquí, más conoceré España y a su gente, tendré más amistades, y será cada vez más mi hogar. Este es mi hogar ahora, no el que tuve en Inglaterra.”

<sup>489</sup> “En un principio mis raíces estaban en Inglaterra, pero aquí, ahora, mi hogar está aquí ahora”.

## Capítulo 9. ¿Quién te cuidará? Encuentros y desencuentros asistenciales

*lovely life, and I said: 'But you know he was 83 did you not think that, did you not talk about what would happen and what you'd do'. 'Oh no, no', she said. 'You don't do that do you?' I said, 'well yes actually I do' (laughs)".*<sup>490</sup>

La previsión no siempre forma parte de sus prioridades, se atiende la necesidad cuando aparece y, en ocasiones, entraña riesgos. Pero, ¿cómo desafiar la vejez sin hipotecar el presente en pro de un futuro incierto? ¿Cómo prever y al tiempo sobrevivir al estigma de la vejez? ¿Cómo olvidarte de la edad a la vez que te preparas para los infortunios?

Las casuísticas sobre el futuro en cuanto a qué harían si necesitaran ayuda para la vida cotidiana, o en qué país se quedarían si su pareja fallece, les lleva a proyectarse en futuribles difíciles de contestar con certezas. “*We don't know what is around the corner*”<sup>491</sup> es la expresión con que Lisa señala ese imprevisible futuro, como si los ideales del envejecimiento activo y satisfactorio tuvieran una fecha de caducidad que ni conocen ni quieren conocer, porque tampoco pueden controlar. Como dice Ann, “*I think none of us know what situations we're going to get ourselves in the future*”.<sup>492</sup> El presentismo se convierte en una forma de gestionar la incertidumbre, en un antídoto ante el yugo de los riesgos potenciales: se tomarán decisiones cuando lleguen los problemas. Además, afirma Judith, en esto no están solos y al fin y al cabo, aquí luce el sol: “*We're all in the same boat. And the sun is shining*”<sup>493</sup>.

---

<sup>490</sup> “Habitualmente una pareja puede venir aquí saludable y sin problemas, y tener una vida genial unos quince o veinte años. Entonces uno de ellos muere, el otro se queda solo, su salud empieza a deteriorarse, tiene enfermedades, puede que tenga una embolia. Sea el problema que sea ya no están tan bien como entonces. Su economía ya no tan buena como antes. Por lo que hay mucha gente mayor que vive una vida bastante aislada, en términos económicos ya no se pueden permitir salir y unirse a grupos. Puede que no puedan conducir y tengan que depender de los autobuses, y los autobuses aquí van como coches de carrera. Muchos ancianos tienen miedo de subir al autobús porque los conductores no esperan a que se sienten, y si eres viejo y frágil e intentas asirte mientras el autobús, ya sabes, hace giros y todo eso... Había una señora mayor de ochenta y tres años. No, ella tenía setenta y ocho y su marido ochenta y tres. Él tenía bastantes problemas de salud y murió de repente a los ochenta y tres años. Tenían 45 euros en la cuenta bancaria, habían pedido un crédito y él lo estaba pagando. Un año entero tardé en arreglar la situación económica de esta señora. Me comentó que salían todos los días a comer, hacían de todo, tenían una vida fantástica, y le dije que sabiendo que ya tenía ochenta y tres años, ¿no hablasteis sobre lo que podría pasar y qué hacer?” ‘Oh, no’, me dijo. ‘¿tú no lo haces, no?’ Y le dije, ‘bueno, sí, en realidad, sí lo hago’ (ríe).”

<sup>491</sup> “No sabemos que nos encontraremos a la vuelta de la esquina”

<sup>492</sup> “Ninguno de nosotros sabe en qué situaciones nos podemos ver en un futuro”.

<sup>493</sup> “Todos estamos en el mismo barco, y el sol brilla”.



ARTHUR:

*Each evening, from December to December,  
Before you drift to sleep upon your cot,  
Think back on all the tales that you remember  
Of Camelot.*

*Ask ev'ry person if he's heard the story,  
And tell it strong and clear if he has not,  
That once there was a fleeting wisp of glory  
Called Camelot.  
Camelot! Camelot!  
Now say it out with pride and joy!*

TOM:

*Camelot! Camelot!*

ARTHUR:

*Yes, Camelot, my boy!  
Where once it never rained till after sundown,  
By eight a.m. the morning fog had flown...  
Don't let it be forgot  
That once there was a spot  
For one brief shining moment that was known  
As Camelot.*

Alan JAY LERNER & Frederick LOEWE (1960) Finale. *Camelot*





## **Conclusions**

Mobility on an international scale changes the local scene at a material, demographic and cultural level. Migrations studies have tried to explain this phenomenon and its consequences in different geographic and social fields and from different areas of study. The analysis of healthcare and retirement migration in Spain is an example of this. The cultural diversity resulting from immigrations has provoked a quantitative and qualitative change in the assistance provision and demand for health services. It is a new complex of symptoms, narratives and contexts, to which the healthcare and professionals try to respond. This is so in the case of the retirement migration mobility, originating from the centre and north of Europe to arrive in Spanish coastal enclaves looking forward to enjoying a better well-being. A population whose origin, social profiles, motivations and models of settlement differ from the recognized migratory pattern.

This investigation endeavours to demonstrate representative models from the most apparent - immigration, healthcare and culture- to other less visible manifestations which are powerful enough to introduce new elements of debate, consolidate the links between migration and health, and broaden the understanding of the aforementioned. In this process we have made a transition from the categories to the uses and, from the ideas to the experiences and vice versa. Retirement migration can be formulated as geographic patterns, population volumes or economic impacts. However, it also implies social relationships in which the different cultural logics come

into discussion and subjective experiences that talk about aspirations, possibilities for diligence, uncertainty and contemporary social transformations.

The singularities of the retirement migration phenomenon in Spain have been described throughout this thesis and, in particular, the interrelation between mobility, health and ageing, which are the core of the analysis and dissertation in this thesis. In order to achieve this, reference will be made to the conjunction of several theories and methods of reference such as Medical Anthropology, Ageing Studies, the feminist perspective and the social theory of the body. This approach has facilitated the creation of theoretical connections and the articulation of a comprehensive analysis. It is notable that in this investigation we have not prioritised certain minorities over others, nor has a hierarchy of exclusion been attempted. On the contrary, the aim is to present a social picture of quite an unknown foreign collective, and, therefore, introduce an image more representative of the reality of immigration in the province of Alicante and others of Spain with similar characteristics. Equally, particular family and ageing models have been not prioritised over others. The intention is to investigate into their own logics to make their practices and reasoning more comprehensible. Next, we will summarize the main results and present the conclusions and suggestions of our investigation.

European retirees that move to Spain to settle there, many permanently are often recognized as foreigners instead of immigrants. They appear in the statistics, but they are not highlighted in the Spanish migratory map, particularly that of Alicante. They also attend hospitals and surgeries, although they are not seen as being part of the heterogeneous population that makes use of the socio-health resources in Alicante. Despite representing one of the main migratory trends in Spain since decades before, it is unusual to find them in the migration analysis and they are not really taken into consideration in the multicultural health politics, except for some particular cases. Moreover, it constitutes a group, whose presence contributes financially to the touristic and economic markets, one which has been protected politically by virtue of their membership in European Union. However, on the other hand, their mounting issues have started to arouse controversy over their alleged abuse of the Spanish healthcare system. Their social position at destination can be defined as diffuse and ambiguous. This position has an effect on their daily experiences, the relationship with the local population, and the political and health management that involves them.

According to the image that the Alicante society has of the North-European retirees, most remarkable are the negative idea of ageing and general distrust looks towards the foreigner. On one hand, they are seen as a social burden because of their advanced age and, on the other, they are considered as competitors in the social and

assistance services, which are seen as insufficient. These perceptions have created a climate of social difficulty and have developed into a certain change towards the stigma from economic migration to the elderly North-Europeans. A tendency in which “immigrants” and “foreigners” are compared from a “*versus*” point of view, which runs the risk of stigmatizing new collectives and blurring the intersectionality held in every type of inequality. Antonio Aledo (2005) highlights that the retired population at an advanced age in Alicante will induce a scenario marked, in the short term, by the increase of this group’s needs and resulting social confrontation. However, few local authorities have planned infrastructures and services adapted for the retirement age population and their needs.

Regarding healthcare, cultural diversity has started to be taken into consideration since the advent of this immigration group, whose expression, experience, and attention to care and illness differs with those of the local population. However, social discourses on immigration bring us to origins, social network extractions, bodies, and cultural expressions that do not correspond to the retirement movement, neither to other types outside the canon. As a result, immigrants have started to be interpreted, necessarily, as culturally different, and the cultural factors in healthcare are only recognized when shown in particular groups. When the immigration and cultural model that represents mobility, which allows us to make social designs, is partial and selective, the comprehension and ability to actively respond to real circumstances are limited. In this case, the fact of not recognising the North- European collective as immigrants, and thus as individuals that may have different cultural backgrounds, has resulted in lack of attention to the particular problems linked to this movements, both locally and internationally.

The staff that works in specific healthcare resources in Alicante is aware of the plurality and heterogeneity of migration. Therefore, despite the fact that a reductive categorization of actual circumstance prevails, in “otherness” discourses nominal and explanatory relativism is widely implemented when identifying those representatives of the diversity derived from migratory movements. In these services, we need to add to the main picture of immigration, other collectives such as the North-Europeans or “foreigners” or those coming from other regions in Spain, which are also called the “displaced”. All of whom are part of a bigger group, the so called non-natives, which prove that in some assistance scenarios in Alicante, the diversity of mobility cannot be reduced to “immigration”.

In all those social-health services in which the investigation has been based, the retirement immigrants are not only introduced as the archetype of the rich and unproblematic, but also the difficulties, vulnerabilities and precarious ways of life are

shown. These contrasts demonstrate the inadequacy of the dominant models of immigration representation compared to the migratory realities on their daily experiences. The distance between the retirement migrants and the socio-economic, ethnic and symbolic profile of immigration, proves the unawareness of the access barriers in healthcare. The effect of it affects not only to the quality care and staff spirit, but also to the costs and the organization of health services.

The presence of North-Europeans in the Costa Blanca is part of the current transformation of societies and mobility. It is the international amplification of migrations that already existed, like those of internal nature, in which the people coming from regions of the north and centre of Spain moved to the coast. A trend, whose routes head towards warmer climates, and therefore in Europe these movements are made from north to south. The present facilities have led these trends to occur at a wider geographical scale, easing the access to destinies like the Costa Blanca, which is promoted abroad thanks to its benign climate and the chance of having a healthier and economically advantageous lifestyle.

Retirement migration is a socially selective process, and despite not being accessible to everyone, it is not driven just by economic, cultural and moral factors. Retirement migration is considered as an option dependant on family models and on the social idea of ageing. Therefore, while those who migrate after they retire portray the aspiration for autonomy and personal fulfilment, there are others who believe that migration at an advanced age is not usually desirable nor even comprehended. For these, the cultural logic of proximity in their family relationships and the concept of family as the epicentre of care and support resources prevail. These elements are present in the Spanish cultural context, which allow us to understand the strangeness that the life plans of these European retirees represent for the local population.

In contrast to financial or labour explanations, questions like why, when or where to migrate in Spain after retirement are better explained considering socio-cultural factors like ageing, health and care. The old people willingness to move to the Costa Blanca and its resulting shape in retirement locations, are aimed at attaining particular well-being and ageing models related to autonomy, activity, balance and sociability. Even though there is many factors involved, those related to ageing and health/illness/assistance processes have a specific, evident and committed socio-cultural expression. They take a relevant place in their trans-national itineraries led by the optimization of the formal and informal available assistance resources in an international scenario. Migrants aim their daily experiences stating the rules to follow in order to maintain a good health condition. They promote the display of strategies to improve their well-being. They are contradicted from choosing a change process at an

old age and in a different society. Health/ illness /assistance processes are centre of tensions in the arrival context due to the divergences from the local expectations on ageing and care supply.

Migration to the Costa Blanca can be considered as a diligence and practice factor of autonomy, as it is used to access to a better environment in climate, financial and social terms. Moreover, migration is a cultural and material strategy to search for a better health. Health is part of the goods offered and demanded in the Costa Blanca. Under the sun and the healthy lifestyle and positive ageing ideology, the European retirees have access to consume healthy places and experiences of well-being, and, therefore, they challenge the images of passivity and social isolation related to old age. The concept of quality of life, based on the premises of active ageing, derives from medical guidelines, but it also is based on the social and cultural picture that demonstrates the benefits of some places, climates and particular relationships for a better well-being.

Nowadays, there is more different ways of living the ageing process, but negative stereotypes still exist. In this sense, the migration to Spain facilitates transcending socially and individually the dissociation views related to retirement and old age decline. Spain becomes a place of use, of joy, but also of sense. They choose how to age by choosing where to age. They choose places and better environments in order to achieve a positive image of themselves taking into account the uncertainty and fragility of ageing. The benefits that informants relate to their movement to Spain demonstrate the symbolic effectiveness of migration and Spain in terms of well-being and rejuvenation. However, this is dependant on the own health condition and the ability to leisure and to have an active life.

Moreover, retirement locations are the right scenario to redevelop age identity. The social composition of retirement locations, where old age people with similar migratory plans gather, facilitates the sharing of common experiences and the reproduction of other identities where age becomes more flexible and relative. Lifestyles, in which migration itself becomes an expression, turn into resistance, into options of how (not) to age. It is possible to identify an aspiration of keeping in good health; an aim, the attempt to avoid the effects of time passing; and a demand, the claim for an identity beyond age, a very important social marker in the opinion that others have of them and in the interpretation of all changes in their capabilities and image. The body becomes the locus where expectations on health, vitality and continuity, or their failures, materialize. Autonomy is one of the main values, and, moreover, the start of dependence has an imperative influence when building an identity with regards to age, particularly, the beginning of old age. However, age, as

well as other facets of subjectivity, is also performative, and therefore old age, in its social expression and physical changes, is answered and dealt with by carrying out new bodily practices and narratives that facilitates self-coherence. The proposals of active ageing with which many identify, has been criticized for having implicitly a way of social age control, and because its assumption is useless, as it is a task with physical limits. However, it is highlighted that the retirement migration is a (trans-national) proof of resistance to social stigmatization and dissociation.

Care and social support are key factors in migratory movements and dynamics for retirement immigrants. As for British women, retirement migration helps them to balance personal projects and cultural rules of gender regarding care prevision and reception. These practices are not free of ambivalence. Cultural responsibility assigned to women as conscientious for support and care, is reflected in the tension present in their talks related to the assertion of their personal projects and their availability to others, specially the family. Discourse and practices of these British women, who retire in the south of Alicante province, prove the continuity of this responsibility, but they also facilitates identification of adaptations and changes in the retirement locations. In fact, many of them use migration after retirement as a way of negotiation and balance towards dedication to their families and to themselves in a trans-national way, having back again their own time to use it in a more flexible and autonomous way. Women become strategists and negotiators by recognizing their residential purpose from a gender perspective, as active members of their family and social networks in providing resources.

Retiree migratory processes to the Costa Blanca are also the reflection of social and cultural diversity within care organization and meaning. The familist tendency in the Spanish welfare system collides with the European immigrants' migratory and vital expectations of emancipation and autonomy, as well as their family and care models. The fact of being elderly people, foreigners, who normally do not speak Spanish and that do not have family networks of care and support near them, outlines their demands on socio-health attention from the public services. These demands, temporary or permanent, cannot always be taken care of because of the Spanish context, where family participation is essential when tackling dependence situations. These differences generate a socio-cultural confrontation in the socio-health institutions, where models of participation and social responsibility reliant upon their families and wives prevail for their subsistence. These differences show how different societies understand social relationships, accompaniment and autonomy.

Cultural models of aging, family and care are identified in the socio-health staff discourses. The option of migrating after retirement is usually disagreed in three ways:

because of the consumption of others' socio-health services, because it is believed as an inappropriate age to migrate, and because it is understood as a family withdrawal, and, therefore, a lack of principles. It is deducible from the socio-health staff the believing of this migration lack of responsibility, because in their ageing process they do not rely on their family help and support. These expressions are generalized upon all the North- European retirees, but are normally addressed to British people since questioning their (lack of) emotions and (de-) attachment to their families. The social belief of elderly people as a necessities inventory, as dependant, and as passive consumers of resources who, with their life-style, indulge in a lot of excess for their age and physical condition, is related to biomedicalization of old age (Gilleard and Higgs, 2000:14).

The familial approach of healthcare services when caring elderly people is noticeable in the lack of proper equipment and resources and staff organization in hospitals, and the shortage of home health care as well as attention to dependence. This derives into a search for strategies and solutions for the immigrant population in order to cover those needs, given that their family resources are normally far away and scattered, and, more important, it is not always a desired or available resource. The North-European retiree collective challenges the image of the help seeker when trying to sort out their needs by building support networks and becoming providers. Foreign settlements, some residential areas in particular, work as services and communal participation areas, where they identify their needs and make decisions in order to set mechanisms to find them. Retirement locations become places where they share aspirations, experiences and needs. In them it is identify the reproduction of a sense of family and community in a moment when, as some authors highlight, human ties tend to become more fragile and temporary (Bauman, 2007: 9).

These residential areas are taken by the locals as ghettos, as an example of their unwillingness to integrate with the Spanish society. However, as described in the ethnography section, it is noticeable that the same enclaves are centres of assistance and reference for mutual help where they can satisfy their needs. These factors facilitate the deliberate images we have on concentration of nationals in retirement enclaves, on the residents, their practices and social position. Retired North-European population increasing demands are real, however, they combine public and private assistance, and some make use of the healthcare system from their own countries. Moreover, it is obvious the access barriers to socio-health services they face and the problems derived from the lack of resources for dependence situations. This leads to recognize that, even though they come from countries with high incomes, integration and isolation are contextual. These can be experimented or noticed in some social and



geographic places but not in other ones. The retirement migration places in the Costa Blanca are a heterogeneous map with a plurality of situations. They enjoy some privileges as much as they can experiment some exclusions, and where solvency coexists with some precariousness. Therefore, they are identified as “discriminated elites”<sup>494</sup> (García de León, 1994), as they enjoy some political and economic privileges but not others. Socially speaking, their age is a factor of discrimination; culturally speaking, their family and attention models are seen as anomalous; in a political term, even though they are European citizens, they cannot transfer their standards of assistance to another country, and, therefore, the availability of resources for dependence is reduced.

Retirement migration is one of the contemporary socio-cultural expressions on the ageing experience. It is a reflection of the diversity of experiences after retirement, but also of the tension within the social and cultural western models on how and where to live after retirement, which challenges the concept of desired ageing and the resources for it. It stands as a current debate scenario related to the population ageing and resources management for dependence on an international scale, where managing territorialized rights in itinerant lives becomes more complex.

The advent of foreign people, apart from being a challenge, is an opportunity to identify the Spanish state of welfare weak points. To reconstruct the problem with the “other” is an opportunity to identify the system faults. In this sense, north-Europeans retirement places become social scenarios facilitates the visibility of different gender frames of reference, kinship and age that take effect in care and the incapacity of public answer to the situations. Cross-cultural scenarios that draw a probable near future of lack of balance in the Spanish State, where we will have to rethink how to face up a society that ages when the family networks and women will not be a completely available resource to satisfy the needs met in situations of dependence. However, in retirement migration, not only the scarcity of institutional support is reflected in the absence of family or anticipating future problems, but also some solutions are pointed out.

Suggestions on this field involve some difficulties because the retirement migration trend has significant effects on the local environment. Cooperation agreements are not useful for development. There is not a way to offer to these northern countries sun loans, nor leave aside the economic model promoted by tourism. However, it is possible to work in order to diversify the offer, to get the different states to organize in a better way the citizens’ coverage abroad, and to

---

<sup>494</sup> Term applied to reduced women groups that have reach power in a political, business and university field.

articulate in a better way the interstate and intrastate compensations. Moreover, even though it is a very variable type of migration, it could be possible to know better their mobility cycles, and from there, if unwilling to make any precise calculate, then make an estimate to facilitate a better organization of the services on destination.

Regarding the socio-health services, the assistance system should be redirected towards the needs of a heterogeneous and plural society. Therefore, politics should essentially be designed with the most comprehensive and exhaustive information on the real needs of the people and specific groups. In a same way, there is a need to organize a healthcare more receptive to diversity. The socio-health practices need to broaden its taxonomic vision culturally in order to recognize the cultural diversity in a more contextual way and less dialectical between the different “others” and the homogeneous “us”. A view that the recognition of the socio-cultural conditions from where demands are made, the professional resistance to new situations, and the offer restriction with insufficient organizational and economic resources that difficult a proper socio-sanitary assistance. A healthcare and assistance approach that responds to the diversity of social profiles gathered in particular locations, like the province of Alicante, that receive economy or labour migration as well as retirement migration. As José María Uribe states, “any other way of managing the demands that could reduce them to the petitioner place of birth, or to a vision of the world somehow different to the dominant one it will be sentenced to build up a ghetto-kind of health practice in which the users particular lives run the risk of being reduced to biology or being exotized into an unreal culturalism (2007). To finish, it is important to point out the need to head towards a broader and more situational concept of culture like the one Mascarella, Commelles and Allué (2001) highlight when reminding that cultural diversity is not just the result of the immigration context, but that it is present in every contact with the health system, whether you are an immigrant or not.

Some aspects involved have been summarized rather than discussed in depth and they would need some specific work done to develop and broaden some approaches. As it is a very briefly analysed phenomenon and due to the insufficient ethnographic production of it, it has been chosen a general and integrating, however specific, approach in this investigation. Some facts have been drawn, from their insertion into a wide social frame, their articulation into different levels and dimensions involved, as well as from the different perspectives of the social staff involved. The complex and complicated relations between migrations, healthcare, ageing and care in the transformation processes of our societies have been comprehended. Therefore, it has been possible to broaden the comprehension of this

phenomenon from different approaches and draw an observation model for this migratory type.

The stating potential for social, political and identity transformations, being the international migration an example, demands an investigation with a qualitative and ethnographic approach in order to analyze it in depth and find more aspects of this phenomenon. There is a lack of information on some aspects that could be analysed, such as *caravanning*, the changes of healthcare system in retirement locations, the retirees experiences in rural areas, the reasons to go back to their own countries and a discussion on the trans-national phenomenon based on the mobility practices of old age people.

It needs a more extensive study of theoretical, methodological and analytical symmetry in order to study the different migratory phenomena to make concepts and processes related to migrations and healthcare clearer, and identify the similarities and differences between different people, and epistemologically reflect on the questions made on each reality. Moreover, this approach could facilitate a more comprehensive study of the consequences of age categories and the construction of them that contribute to broaden the knowledge on contemporary identities and their physical and cultural expressions. This type of analysis might contribute to a more comprehensive study of the implications in age category and the construction of it, and, therefore, to broaden our knowledge on contemporary identities and their bodily and cultural expressions.

This thesis tries to be an introduction in an investigation field of growing interest socially and academically, whose disciplinary, theoretical, methodological and social challenges may contribute to open new frames of reflection and analysis.

## **Conclusiones**

La movilidad a escala internacional transforma los escenarios locales a nivel material, demográfico y cultural. Los estudios sobre migraciones han tratado de explicar este fenómeno y sus derivaciones en distintos ámbitos geográficos y sociales, así como desde diversos campos de interés. El análisis de la salud y la migración de retiro en España es un ejemplo. La diversidad cultural resultante de las inmigraciones ha supuesto un cambio cuantitativo y cualitativo en la oferta de atención y en la demanda de salud. Un nuevo complejo de síntomas, narrativas y contextos a los que los dispositivos sanitarios y sus profesionales tratan de responder. Pero en estos procesos de reformulación social, política y sanitaria, hay flujos y aspectos que han quedado más al margen de la reflexión, de los discursos y de los recursos. Es el caso de la movilidad de jubilados que desde el centro y norte de Europa arriban a determinados enclaves de las costas españolas buscando disfrutar de mayor bienestar. Una población cuyas procedencias, perfiles sociales, motivaciones y modelos de asentamiento difieren del patrón migratorio más reconocido.

En esta investigación hemos tratado de abrir los modelos más representativos sobre inmigración, salud y cultura a otras manifestaciones menos visibilizadas, pero con potencial suficiente como para introducir nuevos elementos para el debate, replantear los vínculos establecidos entre migraciones y salud, y ampliar su comprensión. En este proceso hemos transitado desde las categorías hacia los usos, y desde las representaciones hacia las vivencias, para de nuevo realizar el camino inverso. La inmigración de retiro puede formularse desde unos patrones geográficos, unos

volúmenes poblacionales o unos impactos económicos. Pero también implica unas relaciones sociales en las que distintas lógicas culturales entran en discusión, y unas experiencias subjetivas que nos hablan de aspiraciones, posibilidades de agencia, incertidumbres y transformaciones de las sociedades contemporáneas.

A lo largo de este trabajo se han descrito las singularidades del fenómeno migratorio de retiro en España, pero sobre todo se ha tratado de mostrar la interrelación entre movilidad, salud y envejecimiento, principales ejes analíticos y discursivos que han vertebrado la tesis. Para ello hemos recurrido a la conjunción de distintos referentes teóricos y metodológicos como son la Antropología de la medicina, los *Ageing Studies* la perspectiva feminista y la teoría social del cuerpo. Enfoques que nos han permitido realizar nuevas conexiones teóricas y articular un análisis más integral. Cabe señalar que en esta investigación no se ha pretendido destacar la importancia de unas minorías sobre otras, ni establecer jerarquías de exclusión. Por el contrario, su cometido ha sido el de trazar un retrato social de un colectivo extranjero bastante desconocido; y con ello presentar una imagen más cercana a la realidad de la inmigración en la provincia de Alicante y de otras del Estado español con características similares. Tampoco hemos buscado privilegiar unos modelos familiares y de envejecimiento sobre otros. El propósito ha sido el de indagar en sus lógicas particulares para hacer más comprensibles sus prácticas y discursos. A continuación, vamos a dar un último paso sintetizando los principales resultados, y presentando las conclusiones y propuestas de nuestra investigación.

Los jubilados europeos que realizan un desplazamiento residencial, muchos con carácter permanente, suelen ser reconocidos como extranjeros pero no como inmigrantes. Aparecen en las estadísticas, pero su presencia no es resaltada cuando se presenta el mapa migratorio español en general, y el alicantino, en particular. También acuden a los hospitales y consultas médicas, pero son escasamente mencionados como parte de la heterogénea población usuaria de los dispositivos sociosanitarios de la provincia de Alicante. A pesar de ser uno de los principales flujos migratorios que España recibe desde hace décadas, no es frecuente encontrarlos en los análisis sobre migraciones, ni suelen considerarse en las políticas multiculturales de salud, a excepción de casos puntuales. A ello hay que añadir que es un grupo cuya presencia es reclamada desde distintos intereses económicos del mercado turístico o inmobiliario, y respaldada políticamente desde su pertenencia a la Unión Europea. Pero por otro lado, la creciente problematización de su presencia ha comenzado a generar polémicas en las que se denuncia su presunto abuso de la sanidad española. Su posición social en destino puede ser definida como difusa y ambigua. Una posición que repercute en sus

experiencias cotidianas, en las relaciones con la población autóctona, y en la gestión política y sanitaria.

En la imagen que la sociedad alicantina tiene de los jubilados noreuropeos destacan las representaciones negativas sobre la vejez y las miradas de desconfianza hacia el extranjero. Por un lado son vistos como una carga social debido a su edad y, por otro, son considerados como competidores ante unos recursos sociales y asistenciales percibidos como escasos. Estas percepciones han llevado a que comiencen a generarse conflictos sociales y a que se esté produciendo un cierto traslado del estigma desde la inmigración económica hacia los mayores noreuropeos. Una tendencia en la que “inmigrantes” y “extranjeros” son comparados desde una práctica del *versus* que tiene el riesgo de estigmatizar a nuevos colectivos y de difuminar la interseccionalidad presente en todo tipo de desigualdad. Antonio Aledo (2005) señala que la avanzada edad de la población de retiro en Alicante va a configurar un escenario marcado, a corto plazo, por el aumento de las necesidades de este colectivo y por la confrontación social. Sin embargo, pocas autoridades municipales se han planteado una previsión y planificación de infraestructuras y servicios adaptados a esta población de la tercera edad y a sus necesidades.

En el ámbito de la salud, la diversidad cultural ha comenzado a ser considerada a partir de la presencia de una población de usuarios inmigrantes cuya expresión, vivencia y atención a la salud y la enfermedad es distinta con respecto a la población autóctona. Pero los discursos sociales que sobre la inmigración se difunden y manejan, remiten a unos orígenes, unas extracciones sociales, unos cuerpos, y unas expresiones culturales que no se corresponden con el movimiento de retiro ni con otros tipos que se sitúan fuera del canon. Los inmigrantes han pasado a ser interpretados como culturalmente diferentes, y los factores culturales en salud sólo son identificados si éstos se manifiestan en determinados grupos. Cuando el modelo de inmigración y de cultura que representa la movilidad y que sirve para elaborar los diseños sociales es parcial y selectivo, la comprensión y la capacidad de actuación sobre la realidad quedan limitadas. En este caso, la no identificación del colectivo noreuropeo como inmigrantes y, por extensión, como sujetos susceptibles de tener pautas culturales distintas, ha desembocado en que no se atiendan las problemáticas particulares ligadas a estos movimientos, tanto a nivel local como internacional.

El personal que trabaja en los dispositivos sociosanitarios de Alicante donde la presencia de jubilados es significativa, sabe de la pluralidad y la heterogeneidad que se derivan de las migraciones. Por ello, aun a pesar de que prevalece un uso reduccionista de las categorías que describen la realidad, en sus discursos sobre la “otredad” inmigrada hacen uso de un mayor relativismo nominal y explicativo en la

identificación de quiénes componen la diversidad derivada de los movimientos migratorios. En estos servicios, a las imágenes predominantes sobre la inmigración, se añaden otros colectivos de migrantes como los noreuropeos o “extranjeros”, o a los procedentes de otras comunidades autónomas también llamados “desplazados”. Todos ellos forman un grupo más extenso, el de los considerados como no-autóctonos, que confirman que en ciertos escenarios asistenciales alicantinos la diversidad de flujos migratorios es irreductible a “la inmigración”.

En los dispositivos sociosanitarios en los que se ha localizado la investigación, los inmigrantes de retiro no sólo son presentados desde el habitual arquetipo de ricos y apromblemáticos. También se hace referencia a dificultades, a vulnerabilidades y a casos en los que las condiciones de vida son precarias. Estos contrastes ponen de manifiesto la inadecuación de los modelos dominantes de representación de la inmigración con respecto a las realidades migratorias sobre las que se tiene que actuar diariamente. La distancia de los migrantes de retiro del perfil socioeconómico, étnico y simbólico que de la inmigración se tiene, hace que no se repare en cuáles son sus barreras de acceso para la atención de la salud. Las repercusiones que de ahí se derivan afectan tanto a la calidad de la atención, al ánimo de los profesionales, así como al gasto y a la organización de los distintos recursos sanitarios.

La presencia de noreuropeos en la Costa Blanca forma parte de la actual transformación de las sociedades y de las movilidades. Es la amplificación internacional de migraciones que ya existían como las de carácter interno, en las que gente procedente de autonomías del norte y centro del Estado español se desplazaban a la costa. Un flujo cuyas rutas suelen dirigirse hacia lugares de climas cálidos, por lo que en Europa se dan, principalmente, de norte a sur. Las actuales facilidades para el transporte han llevado a que estos flujos se produzcan a una mayor escala geográfica, haciendo más accesible destinos como la Costa Blanca, que es publicitada en el extranjero por su clima benigno, y porque posibilita unos estilos de vida saludables y unas condiciones económicas más ventajosas.

La migración de retiro es un proceso socialmente selectivo que si bien no es accesible a todos, en él no sólo operan factores económicos sino también culturales y morales. La inmigración de retiro es considerada como opción en función de unos modelos familiares y unas representaciones sociales sobre el envejecimiento. Por ello, mientras que quienes migran tras la jubilación representan las aspiraciones de autonomía y autorrealización de muchos, para otros la migración a edades avanzadas no suele ser deseable, ni incluso comprensible. Para estos últimos prevalece una lógica cultural de proximidad en las relaciones familiares, y la consideración de la familia como epicentro de los recursos de cuidados y de apoyo. Unos elementos muy

presentes en el contexto cultural español que permiten entender el extrañamiento que los proyectos vitales de los jubilados europeos producen entre la población autóctona.

En contraste con las explicaciones de tipo económico o laboral, las decisiones de por qué, cuándo y dónde migrar a España tras la jubilación, pueden ser mejor explicadas teniendo en cuenta las consideraciones socioculturales sobre el envejecimiento, la salud y su cuidado. Tanto el impulso para desplazarse hacia la Costa Blanca, como la forma que ésta adopta en los lugares de retiro están orientados, en gran manera, por la consecución de determinados modelos de bienestar y de envejecimiento relacionados con la autonomía, la actividad, el equilibrio y la sociabilidad. Y si bien en este tipo de flujos intervienen otros muchos aspectos, los relacionados con el envejecimiento y los procesos de salud/enfermedad/atención tienen una expresión sociocultural específica, evidente y comprometida que se manifiesta de diversas formas. Ocupan un lugar relevante en sus itinerarios transnacionales guiando la optimización de recursos asistenciales disponibles, formales y no formales, en un escenario internacional. Orientan sus dinámicas cotidianas marcando las pautas a seguir para mantener un buen estado de salud. Motivan el despliegue de estrategias con las que mejorar su bienestar. Forman parte de las contradicciones que implica su elección debido a su avanzada edad y a su inserción en una sociedad distinta. Los procesos de salud/enfermedad/atención también son uno de los núcleos de las tensiones en el contexto de llegada debido a las divergencias con respecto a las expectativas sobre el envejecimiento y la provisión de cuidados.

La migración hacia la Costa Blanca puede considerarse como un factor de agencia y de ejercicio de la autonomía, dado que se utiliza para acceder a un entorno más beneficioso en términos climáticos, económicos y sociales. La migración supone una estrategia cultural y material de búsqueda de salud. La salud es parte de la mercancía de oferta y demanda de la Costa Blanca. Bajo el sol y los idearios de un estilo de vida saludable y de envejecimiento positivo, los jubilados europeos acceden al consumo de lugares de salud y de experiencias de bienestar porque, aspirando a ello, desafían las imágenes de pasividad y marginalidad social asociadas a la vejez. El concepto de calidad de vida definido en las premisas del envejecimiento activo se deriva de pautas médicamente definidas, pero también se funda en un imaginario social y cultural que señala la bondad de unos lugares, unos climas y unas relaciones concretas para lograr un mayor bienestar.

Hoy en día la diversidad en los modos de vivir el envejecimiento se ha ampliado, pero los estereotipos negativos siguen presentes. En este sentido, la migración a España sirve para trascender social e individualmente las visiones de desvinculación asociadas a la jubilación, y las de declive asociadas a la vejez. España se



convierte en un lugar de uso, de disfrute, pero también de sentido. Eligen cómo envejecer eligiendo dónde envejecer. Escogen los lugares en tanto que entornos favorecedores para lograr una imagen positiva de sí mismos en las incertidumbres e inestabilidades que supone el envejecimiento. Los beneficios que los informantes asocian a su desplazamiento a España muestran la eficacia simbólica de la migración y de España en términos de bienestar y rejuvenecimiento. Aunque bien es cierto que estos relatos están condicionados por las propias condiciones de salud, las posibilidades para el ocio y para una vida activa.

A su vez, los lugares de retiro son escenarios propicios para una reelaboración de la identidad etaria. La composición social de los entornos de retiro, en los que se concentran personas de edades avanzadas y con proyectos migratorios similares, les permite compartir experiencias comunes y recrear colectivamente otro tipo de identidades en donde la edad se vuelve flexible y relativa. Los estilos de vida de los que la misma migración es expresión, devienen en resistencias, en opciones de cómo (no) envejecer. En ellos se puede identificar una aspiración, la de mantener una buena salud; un intento, el de esquivar los efectos del paso del tiempo; y un reclamo, el de una identidad que trascienda su edad, marcador social que prima en la visión de otros sobre ellos y en la interpretación de cada cambio en sus capacidades y en su imagen. El cuerpo deviene central como locus en donde se materializan sus expectativas de salud, vigor y continuidad, o donde se manifiestan sus fracasos. Y la autonomía es uno de los principales valores, por lo que la aparición de la dependencia influye de manera decisiva en la construcción de la identidad respecto a la edad, en particular, en la consideración de la “entrada en la vejez”. Pero la edad, al igual que otras facetas de la subjetividad, también es performativa. Por ello las manifestaciones sociales y físicas de la vejez se contestan y negocian corporalmente a partir de la articulación de nuevas prácticas y discursos que permitan la coherencia del yo. El ideario del envejecimiento activo con el que muchos se identifican, ha sido criticado por llevar implícito una forma de control social etario y porque sus presupuestos tienen límites corporales. Aun así, cabe señalar que la migración de retiro supone una muestra (transnacional) de resistencia a la estigmatización y a la desvinculación social.

La negociación de los *cuidados* y del apoyo social es uno de los factores que guían los itinerarios y dinámicas migratorias de los inmigrantes de retiro. En el caso de las mujeres británicas, la migración de retiro les lleva a equilibrar los proyectos personales y los mandatos culturales de género con respecto a la provisión y a la recepción de cuidados. Unas prácticas no exentas de ambivalencias. La responsabilidad cultural asignada a las mujeres como garantes del apoyo y del cuidado, se refleja en la tensión presente en sus narrativas entre la afirmación del proyecto personal y su

posición de disponibilidad para los otros, especialmente para la familia. Los discursos y prácticas de las mujeres británicas retiradas en el sur de la provincia de Alicante nos dejan clara la continuidad en esta responsabilidad, pero también nos permiten ver las adaptaciones y los cambios que adquieren desde los entornos de retiro. De hecho, muchas de ellas utilizan la migración tras la jubilación como estrategia para negociar y equilibrar la dedicación a sus familiares y a sí mismas de forma transnacional, reapropiándose de su tiempo para utilizarlo de un modo más flexible y autónomo. Las mujeres se convierten así en estrategas y negociadoras, legitiman su propósito residencial en clave de género, y actúan como miembros activos para la provisión de recursos en el seno de sus redes familiares y sociales.

Los procesos migratorios de jubilados a la Costa Blanca también son reflejo de la diversidad social y cultural en la significación y organización de *los cuidados*. La tendencia familista del sistema de bienestar español colisiona con las expectativas migratorias y vitales de emancipación y autonomía de los inmigrantes europeos, así como con sus modelos familiares y de atención. El hecho de ser personas mayores, extranjeras, que habitualmente no hablan español y que, además, no disponen de las redes familiares de cuidado y apoyo cercanas, perfila sus demandas de atención sociosanitaria en los dispositivos públicos de los lugares en los que residen. Unas demandas temporales o permanentes que no siempre pueden ser atendidas, dado que en el contexto español la participación familiar se hace imprescindible para afrontar situaciones de dependencia. Estos contrastes producen un desencuentro sociocultural en las instituciones sociosanitarias en donde prevalecen unos modelos de participación y responsabilidad social que se apoyan en la familia y en sus mujeres para su subsistencia. Unos contrastes que dan cuenta de cómo las distintas sociedades entienden las relaciones sociales, el acompañamiento y la autonomía.

Los modelos culturales sobre la vejez, la familia y *los cuidados* afloran en los discursos del personal sociosanitario que está en contacto con esta población. En ellos se suele deslegitimar la opción de migrar tras la jubilación desde tres consideraciones. Por el consumo de recursos sociosanitarios ajenos que conlleva, porque se entiende que no es la edad apropiada para migrar, y porque se interpreta como un alejamiento de la familia y, en consecuencia, una pérdida de valores. De los discursos del personal sociosanitario se desprende la consideración de esta migración como una falta de responsabilidad, dado que en su proceso de envejecimiento no cuentan con la ayuda y el cuidado de sus familias. Estas manifestaciones se generalizan a todos los jubilados noreuropeos, pero se suelen dirigir principalmente hacia las personas británicas desde el cuestionamiento de sus (no) emociones y (des)apegos familiares. Esta construcción social de las personas mayores como un inventario de necesidades, como dependientes,

y como pasivos consumidores de recursos que con sus estilos de vida acometen excesos no apropiados para su edad y su condición física, guarda relación con la biomedicalización de la tercera edad (Gilleard and Higgs, 2000:14).

La orientación familiar de los servicios de salud en el cuidado hacia las personas mayores se hace notar especialmente en la falta de adecuación de la dotación y planificación de medios y personal en los hospitales, en la escasez de atención sanitaria a domicilio, así como de atención a la dependencia. Estas circunstancias llevan a la población inmigrante a articular estrategias y a buscar soluciones con las que cubrir dichas carencias, dado que sus recursos familiares suelen hallarse lejos y dispersos, y lo que es más relevante, tampoco están siempre en su horizonte de recursos deseables o disponibles. El colectivo de jubilados noreuropeos desafía la imagen de receptores de ayuda al intentar solventar sus necesidades organizando redes de apoyo y convirtiéndose en proveedores. Los asentamientos de extranjeros, en particular algunas urbanizaciones, funcionan como áreas de recursos y de participación comunitaria en las que éstos identifican sus necesidades y toman decisiones para responder a las mismas. Los lugares de retiro se transforman en espacios en donde se comparten aspiraciones, experiencias y necesidades. En ellas se recrea un sentido de familia y comunidad en un tiempo en el que, como algunos autores subrayan, los vínculos humanos tienden a hacerse más frágiles y provisionales (Bauman, 2007: 9).

Las urbanizaciones son interpretadas por la población autóctona como guetos, como un ejemplo de la falta de voluntad de integración de los europeos en la sociedad española. Pero como hemos mostrado en la etnografía, hay que señalar que los mismos enclaves son centros de recursos asistenciales y referentes de ayuda mutua en donde solventan muchas de sus necesidades. Unos elementos que nos llevan a ponderar las imágenes que tenemos sobre las concentraciones de nacionales en los enclaves de retiro, sobre sus residentes, sus prácticas y su posición social. El aumento de la demanda que la presencia de la población jubilada noreuropea produce es una realidad, pero también lo es el hecho de que combinan el uso de la asistencia pública y privada, y que hay quienes utilizan la sanidad de sus propios países. Del mismo modo cabe señalar las barreras de acceso a los servicios sociosanitarios con las que se encuentran y los problemas derivados de la falta de recursos para la dependencia. Esto nos llevaría a reconocer que aunque proceden de países con rentas altas, la integración y la marginalidad son contextuales. Pueden ser experimentadas o percibidas en ciertos espacios sociales y geográficos pero no en otros (Pink, 2000:102). El de la inmigración de retiro en la Costa Blanca es un mapa heterogéneo donde se da una pluralidad de situaciones. Disfrutan de privilegios pero hay quienes pueden experimentar exclusiones. Hay población solvente pero también se dan situaciones de precariedad.

Por ello podríamos identificarles como “élites discriminadas”<sup>495</sup> (García de León, 1994), en tanto que disfrutaban de unos privilegios políticos y económicos pero no de otros. En términos sociales, su edad supone un vector de discriminación; en términos culturales, sus modelos familiares y de atención son vistos como anómalos; y en clave política, aun siendo ciudadanos europeos, no pueden trasladar sus estándares de atención a otro país, por lo que la disponibilidad de recursos para la dependencia se ve mermada.

La inmigración de retiro es una de las expresiones socioculturales contemporáneas de la experiencia del envejecimiento. Un reflejo de la diversidad de vivencias del periodo postjubilatorio, pero también de la tensión de modelos sociales y culturales occidentales sobre cómo y dónde vivir tras la jubilación que desafía las concepciones del envejecimiento deseable y cuestiona cuáles son los recursos para el mismo. Un escenario del debate actual sobre el envejecimiento de la población y la gestión de recursos para la dependencia pero desplegado en un contexto internacional, en donde la tarea de gestionar unos derechos territorializados en vidas itinerantes cada vez se hace más compleja.

La llegada de poblaciones extranjeras, además de un reto, constituye una oportunidad para identificar los puntos débiles del estado de bienestar español. Reconstruir el problema con “el otro” supone una oportunidad para conocer las fallas del propio sistema. En este sentido, los lugares de retiro de jubilados noreuropeos se convierten en ámbitos sociales que permiten visibilizar los distintos marcos de referencia de género, parentesco y edad que operan en *los cuidados* y la incapacidad de respuesta pública a muchas de las situaciones que se producen. Unos escenarios transculturales que dibujan un posible futuro próximo de desequilibrio en el Estado español, en el que habrá que replantearse cómo hacer frente a una sociedad que envejece cuando las redes familiares y sus mujeres no sean un recurso plenamente disponible para absorber las necesidades en situaciones de dependencia. Pero la inmigración de retiro no sólo refleja las carencias de apoyos institucionales en ausencia de las familias o anticipa futuros problemas, sino que también apunta hacia posibles soluciones.

Las propuestas de mejora de gestión de estos flujos migratorios y su atención sanitaria entrañan distintas dificultades. No sirven acuerdos de cooperación para el desarrollo, no se puede ofrecer a estos países del norte créditos de sol, ni se puede abandonar el modelo económico que potencia el turismo. Sin embargo sí se puede

---

<sup>495</sup> Término aplicado en a grupos reducidos de mujeres que han llegado al poder en los campos de la política, la empresa, la universidad.

trabajar en diversificar geográficamente la oferta, en que los diferentes estados organicen mejor las coberturas en el extranjero de sus ciudadanos, y en articular mejor las compensaciones intraestatales e interestatales. Por otro lado, aunque se trata de una migración muy variable, se podrían conocer mejor sus ciclos de movilidad y, a partir de ahí, si no hacer cálculos precisos, sí estimaciones que permitan organizar mejor los recursos en destino.

En cuanto a los servicios sanitarios, habría que reorientar el sistema de atención hacia las necesidades de una sociedad heterogénea y plural. Por ello, es imprescindible que las políticas se diseñen con una información lo más completa y exhaustiva posible acerca de las necesidades reales de las personas y los grupos concretos. Del mismo modo, es necesario organizar una atención a la salud más receptiva a la diversidad. La práctica sociosanitaria necesita ampliar su visión taxonómica de lo cultural para reconocer la diversidad cultural de un modo más contextual y menos dialéctico entre unos “otros” distintos y unos “nosotros” homogéneos. Una visión que permita reconocer las condiciones socioculturales desde las que se ejercen las demandas, las resistencias profesionales frente a nuevas situaciones, así como las limitaciones de la oferta con recursos organizativos y económicos escasos que dificultan una atención sociosanitaria adecuada. Un enfoque de salud y atención que responda a la diversidad de perfiles sociales que se concentran en determinadas poblaciones, como en el caso de la provincia de Alicante, que reciben tanto migración económica o laboral como migración de retiro. Porque como afirma Jose María Uribe, “cualquier otra forma de gestionar las demandas que reduzca las mismas al lugar de nacimiento del peticionario, o a una visión del mundo algo diferente a la dominante se verá abocada a construir una práctica sanitaria guettizada en la que la vida concreta de los usuarios corra el riesgo de reducirse a biología o el de exotizarse en un culturalismo irreal” (2007). Terminamos señalando la necesidad de encaminarnos hacia un concepto de cultura más abierto y situacional como el que Mascarella, Comelles y Allué (2001) apuntan, al recordarnos que la diversidad cultural no es sólo fruto del contexto de la inmigración, sino que lo cultural está presente en el contacto de todo usuario con el sistema sanitario, sea o no inmigrante.

Algunos de estos y otros aspectos implicados han quedado enunciados más que abordados con la necesaria profundidad, y requerirían de trabajos específicos con los que desarrollar y ampliar algunas de las líneas planteadas. Al tratarse de un fenómeno poco analizado y debido a la escasa producción etnográfica sobre el mismo, en esta investigación se ha optado por plantear una visión de conjunto e integradora pero también específica. Nos hemos acercado a los hechos concretos desde su inserción en un amplio marco social, desde su articulación en los diferentes niveles y dimensiones

que intervienen, así como desde la consideración de las distintas perspectivas de los actores sociales involucrados en la misma. Se ha avanzado un análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención desde una dimensión más estructural que pueda ayudar a descubrir las conexiones de estos procesos particulares con los procesos globales con los que interactúa. Se ha tratado de comprender mejor las complejas e intrincadas relaciones entre las migraciones, la salud, el envejecimiento y los cuidados en los procesos de transformación de nuestras sociedades. Y, derivado de ello, se ha intentado ampliar la comprensión del fenómeno desde otros enfoques y aventurar un cierto modelo de observación para este tipo migratorio.

El potencial enunciador de transformaciones sociales, políticas e identitarias del que la inmigración internacional de retiro es muestra, reclama de investigaciones que continúen la línea de aproximación cualitativa y etnográfica con la que profundizar y recabar más matices de dicho fenómeno. Hay aspectos más concretos de los que disponemos escasa información y que podrían ser analizados como el *caravanning*, la modificación de los complejos asistenciales en los entornos de retiro, las experiencias de jubilados en las zonas rurales y de interior, los relatos y razones de retorno a sus países, o un abordaje del fenómeno transnacional desde las prácticas de movilidad de las personas mayores.

Por otro lado es necesario realizar un ejercicio más extenso de simetría teórica, metodológica y analítica para el estudio de los distintos fenómenos migratorios, y con ello depurar los conceptos y procesos descritos en torno a las migraciones y a la salud. Conocer las similitudes y diferencias entre poblaciones migrantes distintas y reflexionar epistemológicamente en torno las preguntas que nos formulamos sobre cada realidad. Asimismo considero que este tipo de enfoque podría contribuir a un mayor desarrollo del estudio de las implicaciones de la categoría edad y de la construcción de la misma que colaboren en ampliar nuestro conocimiento sobre las identidades contemporáneas, y sus expresiones corporales y culturales.

Esta tesis por lo tanto, pretende ser un punto y seguido en un campo de investigación de creciente interés social y académico, cuyos retos disciplinares, teóricos, metodológicos y sociales pueden colaborar en abrir nuevos marcos de reflexión y análisis.



## Referencias bibliográficas

- ACKERS, Louise (1998). *Shifting Spaces: Gender, Citizenship and Migration in the European Union*. Bristol: Policy Press.
- ACKERS, Louise (2004). Citizenship, Migration and the Valuation of Care in the European Union. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30(2):373-396.
- ACKERS, Louise y DWYER, Peter (2002). *Senior Citizenship? Retirement, migration and welfare in the European Union*. Bristol. The Policy Press.
- ACKERS, Louise y DWYER, Peter (2004). Fixed laws, fluid lives: the citizenship status of post-retirement migrants in the European Union". *Ageing and Society*, 24(3):451-475.
- ACHOTEGUI, Joseba (2000). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En *Medicina y cultura*. Enrique PERDIGUERO y Josep M<sup>a</sup> COMELLES (Comp.) Barcelona: Editorial Bellaterra.
- AGE CONCERN ENGLAND, BRITISH RED CROSS Y HELP THE AGED (1993). *Growing Old in Spain. Report of a symposium held in Alicante*. London: Age Concern England.
- AGUIRRE BATZAN, Ángel (1995). (Ed.) *Etnografía. Métodos cualitativos en investigación socio-cultural*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria.
- AGUSTÍN, Laura (2003). Forget Victimisation: Granting Agency to Migrants. *Development*, 46(3):30-36.
- AGUSTÍN, Laura (2004). *Del discurso victimista al paradigma de la complejidad*. Donosti: Gakoa.
- AGUSTÍN, Laura (2006). Atreverse a cruzar fronteras: migrantes como protagonistas. *Viento sur: Por una izquierda alternativa*, 87:73-82.



- ALCALDE, Rosalina; MORENO, Raquel y LURBE, Kàtia (2004). La inmigración de jubilados extranjeros en las costas mallorquinas y catalanas. Condiciones de vida y utilización de los servicios sociosanitarios de atención a la dependencia. En *Actas electrónicas del VIII Congreso español de Sociología: Transformaciones globales: confianza y riesgo*. Alicante.
- ALCALDE, Rosalina; MORENO, Raquel y LURBE, Kàtia (2006). Los servicios públicos y privados de atención a la tercera edad en Cambrils y Clavià. La utilización diferencial entre jubilados comunitarios. En *Inmigración comunitaria ¿discriminación inversa?* Kàtia LURBE y Luisa Carlota SOLÉ (Coord.) Barcelona: Anthropos.
- ALARCÓN, Amado; GARCÍA, David; GARZÓN, Luis; SAMPER, Sarai, TERRONES, Albert (2006). Consideraciones teóricas sobre la movilidad e inserción laboral de trabajadores comunitarios y del Este en Cataluña. En *Inmigración comunitaria : ¿discriminación inversa?*. Kàtia LURBE y Luisa Carlota SOLÉ (Coord.) Barcelona: Anthropos.
- ALEDO, Antonio (2005). Los otros inmigrantes: residentes europeos en el sudeste español. En *Movimientos migratorios europeos*. José FERNÁNDEZ RUFETE y Modesto GARCÍA, (Eds.) Murcia: UCAM.
- ALLUÉ, Marta (2003). *Discapacitados. La reivindicación de la diferencia*. Barcelona: Bellaterra.
- ALLUÉ, Xavier (2000). De qué hablamos los pediatras cuando hablamos de factores culturales. En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Enrique PERDIGUERO y Josep M<sup>a</sup> COMELLES (Eds.) Bellaterra: Barcelona.
- AMIT, Vered (Ed.) (2000). *Constructing the Field. Ethnographic Fieldwork in the Contemporary World*. London: Routledge.
- APPADURAI, Arjun (1996). *Modernity at Large. Cultural Dimensions of Globalization*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- ARANGO, Joaquín (2000). Enfoques conceptuales y teóricos para explicar la migración. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, monográfico, 165.
- ARBER, Sara y GINN, Jay (Eds.) (1995). *Connecting gender and ageing: a sociological approach*. Buckingham: Open University Press.
- ARBER, Sara (2006). Gender and Later Life: Change, choice and constraints. En *The Futures of Old Age*. John A. VINCENT, Chris PHILLIPSON y Murna DOWNS (Eds.) London: Sage Publications.
- ASKWITH, Richard (2006). *The Indypedia. Facts and Figures of Modern Life*. Ed. Independent News and Media.
- AUGÉ, Marc (1994). *Hacia una antropología de los mundos contemporáneos*. Barcelona: Gedisa.
- AUGÉ, Marc (1998). *Los no-lugares; espacios del anonimato*. Barcelona: Gedisa.
- AYLLÓN, Juan Manuel (2005). Las Administraciones Públicas frente al fenómeno de la gerontoinmigración. En *El lugar europeo de retiro: indicadores de excelencia para administrar la*

Referencias bibliográficas

- gerontoinmigración de ciudadanos de la Unión Europea en municipios españoles*. Mayte ECHEZARRETA (Ed.) Granada: Comares.
- BAJTIN, Mijaíl (1989). *Teoría y estética de la novela*. Madrid: Taurus.
- BALAZS, Gabrielle (1999). La soledad. En *La miseria del mundo*. Pierre BOURDIEU, Madrid: Akal.
- BALDASSAR, Loretta (2007). Transnational Families and Aged Care: The mobility of Care and the Migrancy of Ageing. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 33(2):275-297.
- BALDASSAR, Loretta; BALDOCK, Cora; WILDING, Raelene (2007). *Families Caring Across Borders. Migration, Ageing and transnational Caregiving*. New York: Palgrave Macmillan.
- BALDOCK, Cora V. (2000). Migrants and their parents: care-giving from a distance. *Journal of Family Issues*, 21(2):205-224.
- BALKIR, Canan y KÝRKULAK, Berna (2007). A new destination for retired Migrants: Antalya, Turkey. Comunicación presentada en *International Migration, Multi-local Livelihoods and Human Security*, Institute of Social, Hague, Netherlands, 30-31 August.
- BARGACH, Amina (2004). Las paradojas de la integración social en el contexto migratorio. Conferencia de clausura en el *IV Congreso sobre Inmigración en España*, Girona, 10-13 de noviembre.
- BAUMAN, Zygmunt (2003). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid: Siglo XXI.
- BAUMAN, Zygmunt (2007). *Tiempos Líquidos*. Barcelona: Tusquets Editores.
- BAZO, María Teresa (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *papers. Revista de Sociología*, 56:51-169.
- BAZO, María Teresa (2002). Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: una perspectiva internacional comparada. *RES. Revista Española de Sociología*, 2:117-127.
- BEAUVOIR, Simone de (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
- BELL, M. y WARD, G.J. (2000). Comparing permanent migration with temporary mobility. *Tourism Geographies*, 2(1):97-107.
- BENGTSON, Vern L.; PARROTT, Tonya M. y BURGESS, Elisabeth O. (1996). Progress and pitfalls in gerontological theorizing. *The Gerontologist*, 36(6):768-772.
- BETTY, Charles y CAHILL, Michael (1996). Social and health problems of older British expatriates on the Costa del Sol. En *Social Policy Association Conference on ¿Convergence or Divergence? Social Policy in Europe*.
- BETTY, Charles y CAHILL, Michael (1998). Consideraciones sociales y sanitarias sobre los inmigrantes británicos mayores en España, en particular los de la Costa del Sol. *Migraciones*, 3:83-115.

- BIEDMA LÓPEZ, E. (2007). Aproximación al estudio de la Helioterapia: revisión histórica. *Medicina naturista*, 1(2):86-100.
- BIGGS, Simon (1993). *Understanding ageing: images, attitudes and professional practice*. Buckingham: Open University Press.
- BIGGS, Simon (2001). Toward critical narativity: stories of aging in contemporary social policy. *Journal of Aging Studies*, 15(4):303-316.
- BIGGS, Simon (2006). New ageism: age imperialism, personal experience and ageing policy. En *Ageing and diversity. Multiple Pathways and Cultural Migrations*. Simon BIGGS y DAATLAND, Bristol: The Policy Press.
- BIGGS, Simon; Miriam BERNARD; Paul KINGSTON y Hilary NETTLETON (2000). Lifestyles of belief: Narrative and culture in a retirement community. *Ageing and Society*, 20:649–672.
- BIGGS, Simon y DAATLAND (2006). *Ageing and diversity. Multiple Pathways and Cultural Migrations*. Bristol: The Policy Press.
- BIRREN, J.E. y BENGTON, V.L. (1988). *Emergent theories of aging*. New York: Springer.
- BLAIKIE, Andrew (1997). Beside the sea: visual imagery, ageing and heritage. *Ageing and Society*, 17:629-648.
- BLAIKIE, Andrew (1999). *Ageing and Popular Culture*. Cambridge and New York: Cambridge University Press.
- BLAIKIE, Andrew (2004). The Search for Ageing Identities. En *Ageing and Diversity: Multiple Pathways and Cultural Migrations*. S. O. DAATLAND y S. BIGGS (Eds.) Bristol: Policy Press.
- BLAIKIE, Andrews (2006). Visions of Later Life: Golden Cohort to Generation Z. En *The Futures of Old Age*. John VINCENT; Chris PHILLIPSON y Murna DOWNS, (Eds.) London: Sage.
- BLAKEMORE, K. (1999). International migration in later life: social care and policy implications. *Ageing and Society*, 19(6):761-774.
- BLANCO, Cristina (2000). *Las migraciones contemporáneas*. Madrid: Alianza Editorial.
- BOTELHO, Ana Cristina; CANDEIAS, Antonio Jose; CASACA, Joao Manuel; DOMÍNGUEZ, José Andrés; FIALHO, Gertrudes de Fátima; DA SILVA, Catarina y VÁZQUEZ, M<sup>a</sup> Josefa (2004). “Inmigración y Salud: Aproximación desde la Sociología”. Actas electrónicas del VIII Congreso español de Sociología: Transformaciones globales: confianza y riesgo. Alicante.
- BOURDIEU, Pierre (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama
- BOURDIEU, Pierre (Dir.)(1999). *La miseria del mundo*. Madrid: Akal.

Referencias bibliográficas

- BOWERS, Barbara J. (1987). Inter-generational caregiving: adult caregivers and their aging parents. *Advances in Nursing Science*, 9(2): 20-31.
- BOZIC, Sasa (2006). The Achievement and Potential of International Retirement Migration Research: The Need for Disciplinary Exchange. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 32(8):1415-1427.
- BRAIDOTTI, Rosi (2000). *Sujetos nómades: corporación y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea*. Buenos Aires: Paidós.
- BREUER, Toni (2005). Alemanes de tercera edad en Canarias. En *La migración de Europeos retirados en España*. Vicente RODRÍGUEZ, María Ángeles CASADO y Andreas HUBER (Eds.) Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- BRIGIDI, Serena (2008). La donazione del corpo intero alla scienza: il caso di Barcellona. *Studi Tanatologici*, 3:139-166.
- BRIGIDI, Serena (2009). Políticas publicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova. Tesis doctoral no publicada, URV, Tarragona.
- BRIGIDI, Serena y ABT, Analía (2007). V Congreso sobre la inmigración en España. Migraciones y desarrollo humano. Valencia, 21-24 de marzo de 2007. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 2(3):568-574.
- BRODY, Elaine M. (2004). *Women in the Middle: Their parent care years*. New York: Springer Publishing Company.
- BRYANT, Ellen S. y EL-ATTAR, Mohamed (1984). Migration and redistribution of the elderly: a challenge to community services. *The Gerontologist*, 24(6),634-40.
- BRYCESON, Deborah y VUORELA, Ulla (Ed.) (2002). *The Transnational Family. New European Frontiers and Global Networks*. Oxford: Berg Publisher.
- CANALS, Josep (2002). *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- CARRASCO, Cristina (2003). El cuidado ¿coste o prioridad social? En Actas del Congreso Internacional *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. Donostia, 13-14 Octubre.
- CASADO, David (2001). Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gaceta Sanitaria*, 15(2):154-163.
- CASADO-DÍAZ, María Ángeles (2001). De turistas a residentes : la migración internacional de retirados en España. Tesis Doctoral. Dpto. de Sociología I y Teoría de la Educación, Universidad de Alicante.
- CASADO-DÍAZ, María Ángeles (2005). En busca del sol: la migración internacional de retirados europeos hacia el Mediterráneo. En *La migración de europeos retirados en España*. Vicente RODRÍGUEZ, María Ángeles CASADO-DÍAZ y Andreas HUBER (Eds.) Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

- CASADO-DÍAZ, María Ángeles (2006). Retiring to Spain: An Analysis of Difference among North European Nationals. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 32(8):1321-1339.
- CASADO-DÍAZ, María Ángeles y RODRÍGUEZ, Vicente (2002). La migración internacional de retirados en España: limitaciones de las fuentes de información. *Estudios Geográficos*, 63(248-9):533-558.
- CASADO-DÍAZ, María Ángeles; KAISER, Claudia y WARNES, Anthony (2004). Northern European retired residents in nine southern European areas: characteristics, motivations and adjustment. *Ageing and Society*, 24(3):353-381.
- CASTRO, Isabel; ESTEBAN, Mari Luz; FERNÁNDEZ DE GARAIALDE, Arantza; MENÉNDEZ, María Luisa, OTXOA, Isabel y SAIZ, Mari Carmen (de la Plataforma por un Sistema Público Vasco de Atención a la Dependencia) (2008). No habrá igualdad sin servicios públicos y reparto del cuidado. Algunas ideas para una política feminista. En *IV Jornadas Feministas de Euskal Herria*, Portugalete, 12 de Abril.
- CEIM (2006a). La asistencia sanitaria a la población extranjera: una necesidad y un derecho. *Colección Miradas*, Miradas desde las migraciones, 9. Observatorio Valenciano de la Inmigración. Fundación Ceim (Centro de Estudios para la Integración Social y la Formación de Inmigrantes).
- CEIM (2006b). Los inmigrantes en la Comunidad Valenciana. *Anuario Ceim*. Fundación Ceim (Centro de Estudios para la Integración Social y la Formación de Inmigrantes).
- CEIMIGRA (2007a). Las migraciones en un mundo desigual. *Anuario CeiMigra*. Valencia: Fundación CeiMigra.
- CEIMIGRA (2007b). Radiografía de las migraciones en la Comunidad Valenciana. Valencia: Fundación CeiMigra.
- CLIFFORD, James (1992). Traveling Cultures. En *Cultural Studies*. Laurence GROSSBERG; Cary NELSON y Paula TREICHLER, (Eds.) New York: Routledge.
- COCKERHAM, William (2002). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Prentice Hall.
- COHEN, Lawrence (1994). Old Age: Cultural and Critical Perspectives. *Annual Review of Anthropology*, 23:137-58.
- COHEN, Lawrence (1998). *No aging in India : Alzheimer's, the bad family, and other modern things*. California: University of California Press.
- COLECTIVO IOÉ, PEREDA, C.; ACTIS, W.; DE PRADA, M.A. (2000). La inmigración extranjera en España. En [www.pdf.lacaixa.comunicacions.com/](http://www.pdf.lacaixa.comunicacions.com/) Accedido el 19 de Enero de 2006.
- COMAS D'ARGEMIR, Dolors (2000). Mujeres, familia y estado del bienestar". En *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Teresa DEL VALLE (Ed.) Barcelona: Ariel.
- COMAS D'ARGEMIR, Dolors (2002). La globalización, ¿unidad del sistema?: exclusión social, diversidad y diferencia cultural en la aldea global. En *Los límites de la globalización*.

Referencias bibliográficas

- Natalia CATALÁ; José E. GARCÍA-ALBEA, José Antonio DÍEZ CALZADA, (Coord.)  
Barcelona: Ariel.
- COMAS D'ARGEMIR, Dolors y ROCA, Jordi (1996). El cuidado y la asistencia como ámbito de expresión de la tensión entre biología y cultura. En *Reciprocidad, cooperación y organización comunal desde Costa a nuestros días*. Jesús CONTRERAS, (Comp.) Zaragoza: FAAEE/Instituto Aragonés de Antropología.
- COMAS D'ARGEMIR, Dolors; PUJADAS, Joan Josep y ROCA I GIRONA, Jordi (2004). L'etnografia com a pràctica de camp. En *Etnografia*. Joan Josep PUJADAS (Coord.) Barcelona: Editorial UOC.
- COMELLES, Josep M<sup>a</sup> (1985). Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales. *Jano* 655: 71-83.
- COMELLES, Josep M<sup>a</sup> (1994). El papel del sistema de salud en la configuración de la demanda de servicios. En *El usuario como determinante de la oferta de servicios sanitarios*. DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN. Comunidad de Madrid: Consejería de Salud.
- COMELLES, Josep M<sup>a</sup> (1997). De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual. En [www.naya.org.ar/articulos/med01.htm](http://www.naya.org.ar/articulos/med01.htm). Accedido el 5 de abril de 2006.
- COMELLES, Josep M<sup>a</sup> (2000). Epidemiae. De l' errance comme identité culturelle. A propos des gens du voyage dans la res publica. En Groupe de Travail sur les formes de l' hospitalité (Ed.), Ville et Hospitalité. Légiférer sur les "gens du voyage": les communes et la République. Actes du séminaire de Perpignan 15 et 16 Octobre 1999. París, Fondation Maison des Sciences de l' Homme, 61-68.
- COMELLES, Josep M<sup>a</sup> (2004). Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI. En *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Gerardo FERNÁNDEZ JUÁREZ, Quito: Abya-Alia.
- COMELLES, Josep M<sup>a</sup> (2007). Migraciones, vulnerabilidad y la crisis del modelo de atención primaria en España. En *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Mari Luz ESTEBAN. Bilbao: Asociación Defensa Salud Pública País Vasco.
- COMELLES, Josep M<sup>a</sup> y BERNAL, Mariola (2007). El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *Humanitas, Humanidades médicas*, 13:1-17.
- COMELLES, Josep M<sup>a</sup> y MARTÍNEZ, Ángel (1993). *Enfermedad, Sociedad y Cultura*. Madrid: Eudema.
- COMELLES, Josep M<sup>a</sup>; ALLUÉ, Xavier; BERNAL, Mariola; FERNÁNDEZ-RUFETE, José y MASCARELLA, Laura (Comps.) (2010). *Migraciones y salud*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- COMISIÓN EUROPEA (2005). *Vamos a explorar Europa*. Dirección General de Comunicación Publicaciones B-1049. Bruxelles.

- CONNELL, Robert W. (1995). *Masculinities*. Oxford/Cambridge: Polity Press.
- CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (1999). *Tratado de Ámsterdam*, Ámsterdam: Unión Europea.
- CONSELLERIA DE SOLIDARIDAD Y CIUDADANÍA (2008). *Plan Director de Inmigración y Convivencia 2008-2011*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- CONTRERAS, Jesús y NAROTZKY, Susana (1997). L'ajut mutu com a previsió de la necessitat: contuitats i canvis. *Revista d'etnologia de Catalunya*, 11:20-31.
- COOK, Peta S.; KENDALL, Gavin P.; MICHAEL, Mike y BROWN, Nik (2005). Xenotourism and Xenotravel: Some notes on global regulation. *Social Change in the 21st Century*, 28, October, QUT, Carseldine: Brisbane.
- CORTIZO, Tomás (2003). El tiempo de la ciudad: Ciclotopos, cronotopos, cronemas y cronoramas. Una hipótesis ovetense. En *Actas del VI Coloquio de Geografía Urbana. La Ciudad: Nuevos Procesos, Nuevas Respuestas*. León: Universidad de León.
- CRENSHAW, Kimberle (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989:139-167.
- CRIBIER, Françoise (1980). A European Assessment of Aged Migration. *Research on aging*, 2(2):255-270.
- CRIBIER, Françoise (1981). Changing Retirement Patterns: The Experience of a Cohort of Parisian Salaried Workers. *Ageing and Society*, 1:51-71.
- CRIBIER, Françoise (2005). Changes in the experiences of life between two cohorts of parisian pensioners, born in circa 1907 and 1921. *Ageing and Society*, 25(5):637-654.
- CRONIN, Ann (2004). 'Sexuality in Gerontology: A Heteronormative Presence', A Queer Absence. En *Ageing and Diversity: Multiple Pathways in Later Life*. Svein Olav DAATLAND y Simon BIGGS (Eds.) London: Sage.
- DANNEFER, Dale y MIKLOWSKI, Casey (2006). Developments in the Life Course. En *The Futures of Old Age*. John A. VINCENT, Chris PHILLIPSON y Murna DOWNS (Eds.) London: Sage Publications.
- DAVIS, Caroline y LEVITAN, Robert D. (2005). Seasonality and seasonal affective disorder (SAD): An evolutionary viewpoint tied to energy conservation and reproductive cycles. *Journal of Affective Disorders*, 87:3-10.
- DELGADO, Manuel (1999). *El animal público. Hacia una antropología de los espacios urbanos*. Barcelona: Anagrama.
- DEL VALLE, Teresa (1999a). Procesos de la memoria: cronotopos genéricos. En *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Teresa DEL VALLE (Ed.) Barcelona: Ariel.
- DEL VALLE, Teresa (Ed.) (1999b). *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Barcelona: Ariel.

*Referencias bibliográficas*

- DEL VALLE, Teresa (2002). Contrastes en la percepción de la edad". En *Mujeres mayores en el siglo XXI*. Virginia MAQUEIRA, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- DUARTE GARCÍA DE CORTÁZAR, Ignacio (2005). Tanatorios para tuberculosos: auge y decadencia. *ARS Médica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. Universidad Católica de Chile*, (11):203-218.
- DUHAMEL, Philippe (2005). Los jubilados franceses en España en el movimiento de inmigración de la Unión Europea: un enfoque geográfico. En *La migración de europeos retirados en España*. Vicente RODRÍGUEZ, María Ángeles CASADO-DÍAZ y Andreas HUBER (Eds.) Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- DURÁN, María Ángeles (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- DWYER, Peter (2000). Movements to some purpose? An exploration of international retirement migration in the European Union. *Education and Ageing*, 15(3):353-377.
- DWYER, Peter (2001). Retired EU migrants, healthcare rights and European social citizenship. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 23(3):11-327.
- ECHEZARRETA, Mayte (Ed.) (2005). *El Lugar Europeo de Retiro*. Granada: Ed. Comares.
- ECHEZARRETA, Mayte Y GRUPO DE INVESTIGACIÓN DEL PLAN ANDALUZ DE INVESTIGACIÓN IN&EN (SEJ 267) (2005). Desafíos y oportunidades de la gerontoinmigración. Actualidad multidimensional, complejidad e interdisciplinariedad del fenómeno. En *La migración de europeos retirados en España*. Vicente RODRÍGUEZ, María Ángeles CASADO y Andreas HUBER (Eds.) Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- ECKERDT, David (1986). The busy ethic: moral continuity between work and retirement. *The Gerontologist*, 26:239-244.
- ESCRIVÁ, Ángeles, SKINNER, Emmeline (2006). Moving to Spain at an advanced age. *Generation Review*, 16(2):8-15.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- ESTEBAN, Mari Luz (2003). Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución. En Actas del Congreso Internacional *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. Donostia, 13-14 Octubre.
- ESTEBAN, Mari Luz (2006). El estudio de la salud y el género. Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1):9-20.
- ESTEBAN, Mari Luz (2007). Antropología, sistema médico-científico y desigualdades de género en salud. En *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Mari Luz ESTEBAN. Bilbao: Asociación Defensa Salud Pública País Vasco.



- ESTEBAN, Mari Luz (2004). *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- ESTES, Carroll L. (1993). The Aging Enterprise Revisited. *The Gerontologist*, 3:292-298.
- ESTES, Carroll y BINNEY, Elizabeth A. (1989). The Biomedicalization of Aging. *The Gerontologist*, 29:587-596.
- EUROPEAN COMMISSION (2006). *Healthy ageing. A challenge for Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- FAIRHURST, Eileen (1998). 'Growing old gracefully' as opposed to 'mutton dressed as lamb': the social construction of recognising older women. En *The Body in Everyday Life*. Sarah NETTLETON, S. y Jonathan WATSON, (Eds.) London: Routledge.
- FEATHERSTONE, Mike (1991). The body in consumer culture. En *The Body: Social Process and Cultural Theory*. Mike FEATHERSTONE; Mike HEPWORTH y Brian S. TURNER, (Eds.) London: Sage.
- FEATHERSTONE, Mike y HEPWORTH, Mike (1991). The Mask of Aging and the Postmodern Lifecourse. En *The Body*. Mike FEATHERSTONE; Mike HEPWORTH y Brian S. TURNER, (Eds.) London: Sage Publications.
- FEATHERSTONE, Mike y HEPWORTH, Mike (1998). Ageing, the Lifecourse and the Sociology of Embodiment. En *Modernity, Medicine and Health: Medical Sociology towards 2000*. G. SCAMBLER y P. HIGGS (Eds.) London: Routledge.
- FEIXA, Carles (2005). The Hourglass of Time: The Life Cycle in the Digital Era. En *The Art of Ageing. Textualising the Phases of Life*. Brian J. Worsfold, (Ed.) Lleida: University of Lleida.
- FERICGLÀ, J.M. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- FERNÁNDEZ-RUFETE, José (2000). El afecto perdido. En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Enrique Perdiguero y Josep M<sup>a</sup> Comelles (Eds.) Barcelona: Edicions Bellaterra.
- FERNÁNDEZ-RUFETE, José (2004). Las voces silenciadas de la inmigración. De la producción de conceptos a la sobredeterminación de las prácticas. *Sphera Pública*, 4:87-100.
- FERNÁNDEZ-RUFETE, José y RICO BECERRA, Juan Ignacio (2005). Los dominios simbólicos de la inmigración. La dialéctica entre las demandas de atención sociosanitaria y la estructura de dispositivos asistenciales en el caso de los inmigrantes ecuatorianos en la Región de Murcia. En *Movimientos Migratorios Contemporáneos*. José FERNÁNDEZ-RUFETE y M. GARCÍA JIMÉNEZ (Eds.) Murcia: Quaderna.
- FERRÁNDIZ, Francisco J. (2004). *Escenarios del cuerpo: Espiritismo y Sociedad en Venezuela*. Bilbao: Universidad de Deusto,
- FINCH, Janet (1989). *Family Obligations and Social Change*. Cambridge: Polity Press.

*Referencias bibliográficas*

- FORBAT, Liz (2005). *Talking about care. Two sides to the story*. Bristol: The Policy Press.
- FOUCAULT, Michel (1990). Tecnologías del yo. En *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Michel FOUCAULT, Barcelona: Paidós/ICE-UAB.
- FOURNIER, Gary; RASMUSSEN, David y SEROW, William (1988). Elderly migration: for sun and money. *Population Research and Policy Review*, 7:189-199.
- FOX, Kate (2004). *Watching the English: The Hidden Rules of English Behaviour*. London: Hodder and Stoughton.
- FREIXAS, Anna (2002). Las mujeres queremos ser mayores y poder parecerlo. En *Mujeres mayores en la Europa en el siglo XXI*. Virginia MAQUEIRA, (Ed.) Madrid: IMSERSO.
- FRY, Christine L. y AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION (1980) *Aging in culture and society : comparative viewpoints and strategies*. New York: Praeger.
- GARCÍA, Montserrat (1995). Imatges culturals de la vellesa. Construcció i deconstrucció d'una categoria social. Tesis doctoral inédita. URV, Tarragona.
- GARCÍA-CANCLINI, Néstor (2001). *Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México : Paidós.
- GARCÍA-CANCLINI, Néstor (2007). Sobre objetos sociológicamente poco identificados. Conferencia presentada en *IX Congreso Español de Sociología*, Barcelona, 13-15 de septiembre.
- GARCÍA DAUDER, Silvia (2005). *Psicología y feminismo. Historia olvidada de mujeres pioneras en psicología*. Madrid: España Narcea, S. A.
- GARCÍA-OLIVA, Montserrat (1995). Imatges culturals de la vellesa. Construcció i deconstrucció d'una categoria social. Tesis doctoral inédita. URV. Tarragona.
- GARCÍA DE LEÓN, María Antonia (1994). *Elites discriminadas: Sobre el poder de las mujeres*. Barcelona: Anthropos.
- GARCÍA DE LEÓN, María Antonia (2004). Elites discriminadas: (Sobre la naturaleza del poder de las mujeres profesionales altamente cualificadas). *Cuadernos de derecho judicial*, (Ejemplar dedicado a La discriminación por razón de sexo tras 25 años de la Constitución española), 3:509-530.
- GARCÍA SELGAS, Fernando (1999). El cyborg como reconstrucción del agente social. *Política y Sociedad*, 30.
- GARRIDO, Luis Joaquín, GIL, Enrique (1997). El concepto de estrategias familiares. En *Estrategias familiares*. Madrid: Alianza Editorial.
- GEERTZ, Clifford (1973). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- GILLEARD, Chris (1996). Consumption and identity in later life: toward a cultural gerontology, *Ageing and Society*, 16:489-498.

- GILLEARD, Christopher y HIGGS, Paul (2000). *Cultures of ageing: self, citizen and the body*. Harlow: Prentice Hall.
- GIMÉNEZ, Carlos (2003). *Qué es la inmigración*. Barcelona: Integral.
- GINER, Jordi y SIMÓ, Carles (2007). El retorno de los retirados europeos: estudio sobre la Marina Alta. En *V Congreso Nacional sobre la inmigración en España. Migraciones y desarrollo humano*. Valencia: Universidad de Valencia.
- GIRARD, Xavier (2001). *Mediterranean: from Homer to Picasso*. New York: Assouline.
- GOBER, Patricia (1985). The retirement community as a geographical phenomenon: the case of Sun City, Arizona. *Journal of Geography*, 84(5):189-98.
- GODDARD, Victoria A. (1994). From the Mediterranean to Europe: Honour, kinship and gender. En *The Anthropology of Europe: Identities and Boundaries in Conflict*. Victoria A. GODDARD, Josep R. LLOBERA & Cris SHORE (Eds). Oxford: Berg.
- GOFFMAN, Erving (1997). *La representación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- GONZÁLEZ ENRÍQUEZ, Carmen (2008). *Los Otros inmigrantes: los europeos comunitarios de países ricos*. Madrid: Real Instituto Elcano de Estudios Internacionales y Estratégicos.
- GRABURN, Nelson H. H. (1978). Tourism: The Sacred Journey. En *Hosts and Guests: The Anthropology of Tourism*. Valene L. SMITH, (Ed.) Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- GRAVES, Robert y HOGARTH, Paul (1965). *Majorca Observed*. London: Cassell.
- GREGORI, Nuria (2007). Cuerpos e identidades en construcción. Conferencia en el Instituto de Filosofía. CSIC, Madrid, 10 de Enero.
- GUASCH, Oscar (1997). *Observación participante*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- GIJÓN, María Teresa; JIMÉNEZ, María Luisa y MARTÍNEZ MORANTE, Emilia (2006). Más allá de la diferencia, tras el cristal de la diversidad: la "inmigración" en la literatura biomédica en España. En *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Gerardo FERNÁNDEZ JUÁREZ, (Coord.) Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- GUSTAFSON, Per (2001). Roots and routes: exploring the relationship between place attachment and mobility. *Environment and Behavior*, 33(5):667-686.
- GUSTAFSON, Per (2002). Turismo y movimientos migratorios estacionales de personas jubiladas. *Annals of Tourism Research*, 4(2):337-360.
- HAAS, W.H. III. (1990). Retirement migration: boon or burden? *The Journal of Applied Gerontology*, 9(4):387:92.

- HAKIM, Catherine (2005). *Modelos de familia en las sociedades modernas*. Madrid: CIS.
- HAMMERSLEY, Martyn y ATKINSON, Paul (2001). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- HARAWAY, Donna (1991). *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. London: Routledge.
- HARBERT, W. (1994). *Migration of Older People : British People in Spain*. London: Help the Aged.
- HARDILL, Irene; SPRADBERY, Jacqui; ARNOLD-BOAKES, Judy y MARRUGAT, María Luisa (2005). Severe health and social care issues among British migrants who retire to Spain. *Ageing & Society*, 25(5):769-783.
- HARO, Jesús Armando (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Enrique Perdiguero y Josep M<sup>a</sup> Comelles (Eds.) Barcelona: Edicions Bellaterra.
- HARDON, Anita, et al. (2001). *Applied Health Research. Anthropology of Health and Health Care*. Amsterdam: Aksant.
- HAZAN, Haim (1980). *The Limbo People*. London: Routledge.
- HEALTHY AGEING PROJECT (2007). *Healthy Ageing – a Challenge for Europe*. The Swedish National Institute of Public Health
- HELMAN, Cecil G. (1984). *Culture, Health and Illness*. London: Arnold.
- HELSET, A., LAUVLI, M. y SANDLIE, H.C. (2005). Jubilados Noruegos en España: perspectivas de una cuarta edad para personas de la tercera edad. En *La migración de Europeos retirados en España*. Vicente RODRÍGUEZ, M<sup>a</sup> Ángeles CASADO DÍAZ y Andreas HUBER (Eds.) Madrid: Consejo superior de investigaciones científicas.
- HEPWORTH, Mike (1995). *Images of Ageing: Cultural Representations of Later Life*. London: Routledge.
- HEPWORTH, Mike (1999). In defiance of an ageing culture. *Ageing and Society*, 19:139-148.
- HIDALGO, Jorge G. (1993). Hacia una gerontología social crítica. *Revista Reflexiones*, nº 8 marzo. En [http://www.reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/documentos/8/hacia\\_un.pdf](http://www.reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/documentos/8/hacia_un.pdf). Accedido el 24 de marzo de 2007.
- HOBDAV, Richard (2000). *The healing sun: Sunlight and health in the 21st century*. Forres, Scotland: Findhorn Press.
- HOGAN, Timothy D. (1987). Determinants of the seasonal migration of older people to Sunbelt States. *Research on Aging*, 9(1)115-33.
- HOLBROOK, Cyril (2004). *Retiring to Spain: Everything You Need to Know*. London: Age Concern.

- HOLMES, Lowell Don y COWGILL, Donald O. (1972). *Aging and modernization / edited by Donald O. Cowgill Lowell D. Holmes*. New York :Appleton-Century-Crofts.
- HOWSON, Alexandra (2003). *The Body in Society: an Introduction*. Cambridge: Polity Press
- HUBER, Andreas (1999). *Ferne Heimat – zweites Glück ? Sechs Portraits von Schweizer Rentnerinnen und Rentnern an der Costa Blanca [Faraway Homes: Second Chances? [Six Portraits of Swiss Senior Citizens on the Costa Blanca]*. Zurich: Seismo Verlag.
- HUBER, Andreas (2000). La migración internacional de tercera Edad. El caso de los jubilados europeos en la Costa blanca (Alicante): problemas de plazas en residencias. En *II Congreso sobre la Inmigración en España*, Madrid, 5-7 de octubre.
- HUBER, Andreas (2005). Retirados Suizos en la Costa Blanca (Provincia de Alicante). *La migración de Europeos retirados en España*. Vicente RODRÍGUEZ, M<sup>a</sup> Ángeles CASADO-DÍAZ y Andreas HUBER (Eds.) Madrid: Consejo superior de investigaciones científicas.
- HUBER, Andreas y O'REILLY, Karen (2004). The construction of Heimat under conditions of individualised modernity: Swiss and British elderly migrants in Spain. *Ageing and Society*, 24(3):327-351.
- HURTADO, Inma (2005). De inmigrantes y extranjeros, de dianas y márgenes. Contextualizando procesos migratorios para el análisis de dispositivos asistenciales. En *Actas del X Congreso de Antropología. Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- HURTADO, Inma (2008). La (in)migración de retiro desde la perspectiva de la salud/enfermedad/atención: procesos migratorios, contextos sociales e intereses académicos. En *Ni turistas ni migrantes. Movilidad residencial europea en España*. Modesto GARCÍA JIMÉNEZ y Klaus SCHRIEWER (Eds.). Murcia: Ediciones Isabor.
- HURTADO, Inma (2010). Now it's my turn. Dimensiones de los cuidados en la inmigración de jubilados noreuropeos a la Costa Blanca. En Mari Luz ESTEBAN, Josep M. COMELLES y Carmen Díez Míntegui, (Eds.) Barcelona: Bellaterra.
- IZQUIERDO, María Jesús (1998). *El malestar en la desigualdad*. Madrid: Cátedra (Feminismos).
- IZQUIERDO, María Jesús (2003). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. En *Actas del Congreso Internacional Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. Donostia, 13-14 Octubre.
- JACOBS, Jerry (1974). *Fun city: an ethnographic study of a retirement community*. New York : Holt, Rinehart and Winston.
- JANOSCHKA, Michael (2009). *Konstruktion europäischer Identität in räumlich-politischen Konflikten*. Stuttgart: Steiner-Verlag.
- JERROME, Dorothy (1990). Intimate Relationships. En *Ageing in Society -An Introduction to Social Gerontology*. John BOND y Peter COLEMAN (Eds.) London: Sage Publications.

- JOCILES, M<sup>a</sup> Isabel (1999). Las técnicas de investigación en antropología. *Gazeta de Antropología* 15:15-01.
- JURDAO, Francisco (1979). *España en venta: compra de suelos por extranjeros y colonización de campesinos en la Costa del Sol*. Madrid: Ayuso, D.L.
- JURDAO, Francisco y SÁNCHEZ, Maria Elena (1990). *España, Asilo de Europa*. Barcelona: Planeta.
- KAISER, Claudia y FRIEDRICH, Klaus (2004). Migration decisions, living environments and adjustments to changing needs of elderly Germans on Mallorca. En *Final report*. Anthony WARNES (Ed.) Sheffield: ESF-Network.
- KARISTO, Antti (2005). Residentes Finlandeses de invierno en España. En *La migración de europeos retirados en España*. Vicente RODRÍGUEZ, M<sup>a</sup> Ángeles CASADO-DÍAZ y Andreas HUBER (Eds.) Madrid: Consejo superior de investigaciones científicas.
- KATZ, Stephen (1992). Alarmist Demography: Power, Knowledge and The Elderly Population. *Journal of Aging Studies*, 6(3):203-225.
- KATZ, Stephen (2000). Busy Bodies: Activity, Aging and the Management of Everyday Life. *Journal of Aging Studies*, 14(2): 135-152.
- KATZ, Stephen (2005). *Cultural Aging: Life Course, Lifestyle and Senior Worlds*. Peterborough, Ontario: Broadview.
- KAUFMAN, Sharon (1986). *The Ageless Self: Sources of Meaning in Late Life*. Madison: University of Wisconsin Press.
- KAUFMAN Sharon (1994). Old Age, Disease, and the Discourse on Risk: Geriatric Assessment in U. S. Health Care. *Medical Anthropology Quarterly*, 8(4):430-447.
- KEVAN, Simon M. (1993). Quests for cures: A history of tourism for climate and health. *International Journal of Biometeorology*, 37(3).
- KING, Russell (2002). Towards a new map of European migration. *International Journal of Population Geography*, 8(2):89-106.
- KING, Russell y PATTERSON, Guy (1998). Diverse paths: the elderly British in Tuscany. *International Journal of Population Geography*, 4(2):157-82.
- KING, Russell; WARNES, Anthony y WILLIAMS, Allan (1998). International retirement migration in Europe. *International Journal of Population Geography*, 4(2):91-112.
- KING, Russell; WARNES, Anthony y WILLIAMS, Allan (2000). *Sunset Lives: British Retirement Migration in Southern Europe*. Oxford: Berg Publisher.
- KINSELLA, Kevin y VELKOFF, Victoria A. (2001). *An Aging World: 2001*. Washington: U.S. Government Printing Office.

- KERTZER, Keith J. (Eds.) (1984). *Age & Anthropological Theory*. Ithaca, NY: Cornell Univ. Press.
- KNOWLES, Caroline (2000). Here and there. Doing transnational fieldwork. Teoksessa. En *Constructing the Field. Ethnographic Fieldwork in the Contemporary World*. Vered AMIT (Ed.) London: Routledge.
- KOHLI, Martin (2004). Intergenerational Transfers and Inheritance: A Comparative View. En *Intergenerational Relations Across Time and Place. (Annual Review of Gerontology and Geriatrics Vol. 24)*. Merryl SILVERSTEIN y K. Warner SCHAIE, (Eds.) New York: Springer.
- KOTTAK, Conrad Phillip (1999). *Antropología: una exploración de la diversidad humana con temas de la cultura hispana*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- KRAUSKOPF, Dina (1998). Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes. En *Participación y Desarrollo Social en la Adolescencia*. San José: Fondo de Población de Naciones Unidas.
- LAMB, Sarah (2000). *White saris and sweet mangoes: aging, gender, and body in North India*. Berkeley: University of California Press.
- LA PARRA, Daniel y MATEO, Miguel Ángel (2008). Health status and access to health care of British Nationals living on the Costa Blanca, Spain. *Ageing and Society*, 28:85–102.
- LASLETT, Peter (1989). *A fresh malt of life: the emergence of the Third Age*. London: Weidenfeld and Nicholson.
- LAW, Christopher y WARNES, Anthony M. (1982). The destination decision in retirement migration. En *Geographical Perspectives on the Elderly*. Anthony WARNES (Ed.) Wiley: Chichester.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1968). *Mitologías I. Lo crudo y lo cocido*. México, Fondo de Cultura Económica.
- LIZÁRRAGA, Omar (2008). La inmigración de jubilados estadounidenses en México y sus prácticas transnacionales. Estudio de caso en Mazatlán, Sinaloa y Cabo San Lucas, Baja California Sur. *Migración y Desarrollo*, 11 (segundo semestre). En <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=66011754005>. Accedido el 26 de marzo de 2010.
- LOCK, Margaret (1993). *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- LONGINO, Charles F. (1982). American Retirement Communities and residential relocation. En *Geographical perspectives on the elderly*. Anthony WARNES (Ed.) New York: John Wiley.
- LONGINO, Charles F. (1995). *Retirement Migration in America: An Analysis of the Size, Trends and Economic Impact of the Country's Newest Growth Industry*. Houston, Texas: Vacation.
- LONGINO, Charles F. y BIGGAR, Jeanne C. (1981). The impact of retirement migration on the South. *The gerontologist*, 21(3): 283-290.

- LONGINO, C.F.; MARSHALL, V.W.; MULLINS, L.C. y TUCKER, R.D. (1991). On the nesting of snowbirds: A question about seasonal and permanent migrants. *Journal of Applied Gerontology*, 10(1):157-168.
- LONGINO, Charles F. y WARNES, Anthony (2005). Migration and older people. En *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. JOHNSON, Malcolm L. (Ed.) New York: Cambridge University Press.
- LOPEZ DE LERA, Diego (1995). La inmigración en España a fines del siglo XX. Los que vienen a trabajar y los que vienen a descansar. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71-72:225-245.
- LUBORSKY y SANKAR (1993). Extending the Critical Gerontology Perspective: Cultural Dimensions. *The Gerontologist*, 33(4): 440-444
- LURBE, Katia (2004). La gestión de inmigrantes extracomunitarios y refugiados como grupos de riesgo sanitario. En *4t Congrés sobre la immigració a Espanya. Ciutadania i participació*. Girona.
- MACCANNELL, Dean (2003). *El turista: Nueva teoría de la clase ociosa*. Barcelona: Editorial Melusina.
- MAINER, José Carlos (2000). *La escritura desatada*. Madrid: Temas de Hoy.
- MARCUS, George E. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24:95-117.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel (2005). La biopolítica de la aflicción. Hegemonías y fetichismos en el consumo de antidepresivos de la Cataluña urbana. En *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. Mari Luz ESTEBAN y Joan PALLARÉS (Eds.) Sevilla: Fundación El Monte, Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español, Asociación Andaluza de Antropología.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel (2007). Cultura, enfermedad y conocimiento médico. La antropología médica frente al determinismo biológico. En *Introducción a la Antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Mari Luz ESTEBAN (Ed.) Bilbao: Osalde.
- MASCARELLA, Laura; COMELLES, Josep M<sup>a</sup> y ALLUÉ, Xavier (2002). La percepción por los colectivos de inmigrantes no comunitarios de los Dispositivos de Salud en España. *Report Health for all All in Health*.
- MASON, J. (1999). Living away from relatives: kinship and geographical reasoning. En *Changing Britain: Families and Households in the 1990s*. S. MCRAE (Ed.) Oxford: Oxford University Press.
- MAZÓN, Tomás y ALEDO, Antonio (Coords.) (2005). *Turismo Residencial y Cambio Social. Nuevas perspectivas teóricas y empíricas*. Alicante: Aguaclara.
- MCHUGH, Kevin E. (2000). The 'ageless self'? Emplacement of identities in sun belt retirement communities. *Journal of Aging Studies*, 14(1):103-115.



- MCHUGH, Kevin E. (2003). Three Faces of Ageism: Society, Image and Place. *Ageing and Society*, 23(2):165-185.
- MCHUGH, Kevin E. y LARSON-KEAGY, Elizabeth (2005). These White Walls: The Dialectic of Retirement Communities. *Journal of Aging Studies*. 19(2):241-256.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En *La salud de los trabajadores*. Franco BASAGLIA. México: Nueva Imagen.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 3:83-119.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16(46):37-67.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14:33-69.
- MEÑACA, Arantzazu (2007). Antropología, salud y migraciones. Procesos de autocuidado de emigrantes ecuatorianos. Tesis doctoral. Universidad Rovira i Virgili.
- MIGRATION POLICY INSTITUTE (2006). *America's Emigrants: US Retirement Migration to Mexico and Panama*. Washington DC: Migration Policy Institute.
- MONNET, Nadja (2001). *Moros, sudacas y guiris*. Una forma de contemplar la diversidad humana en Barcelona. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 94(58). En <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-58.htm>. Accedido el 18 de noviembre de 2006.
- MOODY, Harry R. (1988). *Abundance of life: human development policies for an aging society*. New York: Columbia University Press.
- MOODY, Harry R. (1993) Overview: What is Critical Gerontology and Why is it Important? En *Voices and Visions of Aging: Toward a Critical Gerontology*. Thomas R. COLE; W. Andrew ACHENBAUM; Patricia JAKOBI y Robert KASTENBAUM, (Eds.) New York: Springer.
- MORENO, Fco. Javier (2004). De la igualdad a la equidad en las políticas sanitarias hacia poblaciones de origen inmigrante. Análisis comparado de los casos del Reino Unido, Francia y España. En *4º Congreso sobre la inmigración en España. Ciudadanía y Participación*. Girona. 10-13 de noviembre.
- MORENO, Fco. Javier (2010). Políticas sanitarias y población inmigrante. Los casos del Reino Unido, Francia y España. En *Migraciones y salud*. Josep M<sup>a</sup> COMELLES, Xavier ALLUÉ, Mariola BERNAL, José FERNÁNDEZ-RUFETE y Laura MASCARELLA (Comps.) Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- MORENO, L. (2006). *La articulación de la atención a la familia en los sistemas de bienestar de la Europa del Sur*. Documentos de trabajo. CSIC. Unidad de Políticas Comparadas.

Referencias bibliográficas

- MORENO, Manuel (2008). *El cuidado del "otro"*. Barcelona: Bellaterra.
- MORIN, Edgar (1990). Europa, Mediterrani: dues nocions que s'interfereixen d'una manera complexa. En *Els moviments humans en el Mediterrani occidental*. M. A. ROQUE [Ed.] Barcelona: Institut Català d'Estudis Mediterranis.
- MOTA, Pau (2007). *Migracions i salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya* Barcelona: UAB.
- MOYNIHAN, Ray y HENRY, David (2006). The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. *PLoS Med* 3(4): e191. doi:10.1371/journal.pmed.0030191
- MULLAN, Catherine (1993). *A Report on the Problems of the Elderly British Expatriate Community in Spain*. London: Help the Aged.
- MYERHOFF, Barbara G. (1978). *Number our days*. New York: Dutton.
- NAÏR, Sami (2005). Alicante al otro lado del espejo: viajeros de Alicante. Conferencia en la Sede Ciudad de Alicante, Universidad de Alicante.
- NEWBOLD, K.B. (2005). Self-rated within the Canadian immigrant population: risk and healthy immigrant effect. *Soc Sci Med*, 60:1359-70.
- NIÑO MORAL, Dalila (2008). La Traducción e Interpretación en el Sistema Público de Salud: Un Derecho y una Necesidad. Ponencia presentada III Foro Social Mundial de las Migraciones, Centro Cultural García Lorca, Madrid, 11 de septiembre 2008
- NOGUÉS, Antonio Miguel (2005). Etnografías de la globalización. *Archipiélago*, 68:33-38.
- NOLAN, Mike et al. (1995). Developing a typology of family care: implications for nurses and other service providers. *Journal of Advanced Nursing*, 21:256-265.
- NOLAN, Mike; LUNDH, Ulla; KEADY, John y GRANT, Gordon (2003). *Partnerships in Family Care: understanding the caregiving career*. Maidenhead : Open University Press.
- NOY, Chaim (2004). This Trip Really Changed Me: Backpackers' Narratives of Self-Change. *Annals of Tourism Research*, 31(1):78-102.
- OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES. IMSERSO. (2007). *Las personas mayores en España. Informe 2006. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*. Madrid.
- OGG, Jim y RENAULT, Sylvie (2006). The support of parents in old age by those born during 1945-1954: a European perspective. *Ageing and Society*, 26(5):723-743.
- OLIVER, Caroline (2002). Killing the Golden Goose? Debates about tradition in an Andalusian village. *Journal of Mediterranean Studies*, 12(1):169-190.
- OLIVER, Caroline (2004). 'Cultural Influence in Migrants' Negotiation of Death: The Case of Retired Migrants in Spain. *Mortality*, 9(3).
- OLIVER, Caroline (2007). *Retirement Migration: Paradoxes of Ageing*. New York: Routledge.

- O'REILLY, Karen (1995). Constructing and managing identities: "residential tourist" or an expatriate community in Fuengirola, Southern Spain. *Essex Graduate Journal of Sociology*, 1:25-38.
- O'REILLY, Karen (2000). *The British on the Costa del Sol: Trans-national Identities and Local Communities*. London: Routledge.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998). Growing Older - Staying Well: Ageing and physical activity in everyday life. OMS, Geneva, Switzerland. En [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_AHE\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_AHE_98.1.pdf). Accedido el 12 de marzo de 2008.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). Active Ageing: A Policy Framework. OMS, Ginebra, Suiza. En [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf). Accedido el 28 de abril de 2008
- PALACIOS, José Ramón (2005). ¿Adónde va el AVE, tan deprisa? *Archipiélago*, 68:85-89
- PANIAGUA, Ángel (1991). Migración de noreuropeos retirados a España: el caso británico. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 26(4):255-66.
- PATTERSON, Ian Robert (2006). *Growing older: tourism and leisure behaviour of older adults*. Wallingford, England: CABI.
- PÉREZ OROZCO, Amaia (2006a). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *REC. Revista de Economía Crítica, Monográfico: Economía del cuidado*, 5: 7-37.
- PÉREZ OROZCO, Amaia (2006b). Cadenas globales de cuidados: preguntas para una crisis. *Diálogos. Monográficos de divulgación del pensamiento feminista*, num. 1, ACSUR-Las Segovias.
- PERDIGUERO, Enrique (1988). La búsqueda de la salud. *Canelobre*, 11:27-34.
- PETONNET, Colette (1982). L'observation flottante, l'exemple d'un cimetière et aujourd'hui. *L'Homme*, 22(4):37-47.
- PINK, Sarah (2000). 'Informants' who come 'home'. En *Constructing the Field. Ethnographic Fieldwork in the Contemporary World*. Amit VERED (Ed.) London: Routledge.
- PLATAFORMA POR UN SISTEMA PÚBLICO VASCO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (2006). *De la obligación de cuidar al derecho a recibir cuidados: por un Sistema Público de Atención a la Dependencia*. En <http://www.nodo50.org/feminismos/spip.php?article139>. Accedido el 18 abril de 2007.
- PRECARIAS A LA DERIVA (2004). Cuidados globalizados. En *A la deriva por los circuitos de la precariedad femenina*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Referencias bibliográficas

- PUGA, Dolores (2001). Un lugar en el Sol: Inmigración de jubilados hacia Costa Rica. En *Población del Istmo 2000: Familia, migración, violencia y medio ambiente*. Luís ROSERO BIXBY (Ed.) San José de Costa Rica: Centro Centroamericano de Población.
- PUGA, Dolores (2005). La salud como causa de migración en España. En *Actas electrónicas de la XXV Conferencia Internacional de Población de la UIECP*, Tours.
- PUJADAS, Joan J. (1992). *El método biográfico: el uso de historias de vida en ciencias sociales*. Madrid, Cuadernos metodológicos nº 5, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- PUJADAS, Joan J. (2004a). L'etnografia com a mirada a la diversitat social i cultural. En *Etnografia*. Joan J. PUJADAS; Dolors COMAS D'ARGEMIR y Jordi ROCA (Comp.) Barcelona: Editorial UOC.
- PUJADAS, Joan J. (2004b). L'etnografia com a procés de recerca: Disseny d'investigació aplicats a l'anàlisi de la societat contemporània. En *Etnografia*. Joan J. PUJADAS; Dolors COMAS D'ARGEMIR y Jordi ROCA (Comp.) Barcelona: Editorial UOC.
- PUJADAS, Joan J. y ROCA, Jordi (2004). L'etnografia com a descripció de les societats humanes. Modalitats d'escriptura etnogràfica. En *Etnografia*. Joan J. PUJADAS; Dolors COMAS D'ARGEMIR y Jordi ROCA (Comp.) Barcelona: Editorial UOC.
- RAMOS, Mónica (2006). Mujeres mayores: nuevos derechos para nuevas realidades. En *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Virginia MAQUIEIRA (Ed.) Madrid: Cátedra, Feminismos.
- RAPPORT, Nigel (2000). The narrative as fieldwork technique: procesual: ethnography for a world in motion. En *Constructing the Field. Ethnographic Fieldwork in the Contemporary World*. Verd AMIT (Ed.) London: Routledge.
- RICO BECERRA, Juan Ignacio (2007). *La atención primaria de salud y su impronta en el proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes ecuatorianos residentes en el municipio murciano de Lorca*, Tesis doctoral, Universidad Católica de Murcia.
- RIZOMA (2005). La relación todavía no pensada entre turismo y territorio. *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*, 68:59-68.
- ROBLES, Elena; PERDIGUERO, Enrique y BERNABEU, Josep (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales desde la demografía y epidemiología históricas. En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Enrique Perdiguero y Josep M<sup>a</sup> Comelles (Eds.) Barcelona: Edicions Bellaterra.
- ROCA I GIRONA, Jordi (2004). Les etnografies d'orientació temàtica. En *Etnografia*. Joan J. PUJADAS (Coord.) Barcelona: UOC.
- ROCA I GIRONA, Jordi (2007). Migrants por amor. La búsqueda y formación de parejas transnacionales. *AIBR*, 2(3)430-458.
- RODES, Joaquín (2008). Entre la migración permanente y la migración temporal. Residentes comunitarios oficiales y no oficiales en la Región de Murcia En *Ni turistas ni migrantes*.

*Movilidad residencial europea en España.* Modesto GARCÍA JIMÉNEZ y Klaus SCHRIEWER (Eds.). Murcia: Ediciones Isabor.

- RODRÍGUEZ IBÁÑEZ, J.E. (1979). Perspectiva sociológica de la vejez. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 7:77-97.
- RODRÍGUEZ, Pilar (2002). Mujeres mayores, género y protección social (o adonde conduce el amor). En *Mujeres mayores en el siglo XXI: de la invisibilidad al protagonismo*. Virginia MAQUEIRA D'ANGELO (Comp.) Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- RODRÍGUEZ, Vicente (2001). Tourism as a recruiting post for retirement migration. *Tourism Geographies*, 3(1):52-63.
- RODRÍGUEZ, Vicente (2008). Retirados para vivir en España: Condiciones, situaciones, escenarios. En *Ni turistas ni migrantes. Movilidad residencial europea en España*. Modesto GARCÍA JIMÉNEZ y Klaus SCHRIEWER (Eds.). Murcia: Ediciones Isabor.
- RODRÍGUEZ, Vicente; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, Gloria y ROJO, Fermina (1998). European retirees on the Costa del Sol: a cross-national comparison. *International Journal of Population Geography*, 4(2):183-200.
- RODRÍGUEZ, Vicente; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, Gloria y ROJO, Fermina (2004). International Retirement Migration: Retired Europeans Living on the Costa Del Sol, Spain. *Population Review*, 43(1):1-36.
- RODRÍGUEZ, Vicente; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, Gloria; CASADO, M<sup>a</sup> Ángeles y HUBER, Andreas (2005). Una perspectiva actual de la migración internacional de jubilados en España. En *La migración de europeos retirados en España*. Vicente RODRÍGUEZ, M<sup>a</sup> Ángeles CASADO-DÍAZ y Andreas HUBER (Eds.) Madrid: Consejo superior de investigaciones científicas.
- ROJEK, Chris (1993). *Ways of escape: modern transformations of leisure & travel*. Madrid: Macmillan.
- ROMERO BACHILLER, Carmen (2006). Articulaciones identitarias: prácticas y representación de género y "raza". Etnicidad en mujeres inmigrantes en el barrio de embajadores. Tesis Doctoral. Madrid, UCM.
- ROSE, H.; BRUCE, E. (1995). Mutual care but differential esteem: caring between older couples". En *Connecting Gender and Ageing*. ARBER, S. and GINN, J. (Eds.) Buckingham: Open University Press.
- ROSENTHAL, N.E., SACK, D.A., GILLIN, J.C. (1984). Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41:72-80.
- ROWLES, G.D. y WATKINS, J.F. (1993). Elderly migration and development in small communities. *Growth and Change*, 24(4):509-538.
- SALVÀ TOMÀS, Pere A. (2005). La inmigración de europeos retirados en las Islas Baleares. En *La Migración de Europeos Retirados en España*. Vicente RODRÍGUEZ, M<sup>a</sup> Ángeles

Referencias bibliográficas

- CASADO-DÍAZ y Andreas HUBER (Eds.) Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- SAN MARTÍN ARCE, Ricardo (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica educativa de la investigación cualitativa*. Barcelona: Ariel Antropología.
- SAN ROMÁN, Teresa (1990). *Vejez y Cultura. Hacia los límites del sistema*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.
- SAN ROMÁN, Teresa (1996). *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*. Madrid: Tecnos.
- SANTAMARÍA, Enrique (2002). *La incógnita del extraño. Una aproximación a la significación sociológica de la «inmigración no comunitaria»*. Barcelona: Anthropos.
- SANTAMARÍA, Enrique (2004). De inmigración y publicidades: una aproximación teórico-metodológica. En *4º Congreso sobre la Inmigración en España, Ciudadanía y Participación*, Girona, 10-13 de noviembre.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy y LOCK, Margaret (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 1(1)6-41.
- SCHRIEWER, Klaus (2004). Los “Guiris” en la Costa. Ciudadanos europeos entre turismo e inmigración. En *4º Congreso sobre la Inmigración en España, Ciudadanía y Participación*, Universitat de Girona, 10-13 de noviembre.
- SCHRIEWER, Klaus y RODES, Joaquín (2006). El cuidado de la salud en un contexto transnacional. Jubilados europeos en la Región de Murcia. En *Migrations and social policies in Europe*, <http://www.unavarra.es/migraciones/tallerCs2ryc.htm> Universidad Pública de Navarra.
- SCHRIEWER, Klaus; FERNANDEZ-RUFETE, José; RICO, Juan I. y RODES, Joaquín (2007). ¿Migraciones antagónicas? Comparativa de la cobertura sanitaria para inmigrantes europeos y no europeos en la Región de Murcia. En *V Congreso Nacional sobre la inmigración en España. Migraciones y desarrollo humano*. Valencia: Universidad de Valencia.
- SEPILLI, Tullio (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Enrique PERDIGUERO y Josep COMELLES, (Eds.), Barcelona: Bellaterra.
- SERRANO MARTÍNEZ, José María (2007). El turismo residencial en la Región de Murcia frente a los nuevos retos. *Cuadernos de Turismo*, 19:189-216.
- SIMÓ, Carles; JABBAZ, Marcela; TORRES, Francisco; GINER, Jordi y HERZOG, Benno (2005). Asociacionismo y población extranjera en la Comunidad Valenciana. *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*, 12:1-57. En <http://www.uv.es/CEFD/12/simo.pdf>. Accedido el 22 octubre de 2007.
- SINGER, Merill y BAER, Hans (1995). *Critical medical anthropology*. Amityville, New York: Baywood Publishing Co.

- SNELLMAN , MALJANEN , AROMAA , REUNANEN , JYRKINEN-PAKKASVIRTA y LUOMA (1998). Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 138(2):288-292.
- SOLÉ, Carlota (2006). *Inmigración comunitaria ¿discriminación inversa?* Barcelona: Anthropos.
- SOUSA SANTOS, Boaventura (2003). *Crítica de la razón indolente: contra el desperdicio de la experiencia*. España: Desclee de Brouwer.
- SUNIL, Thankam; ROJAS, Viviana y BRADLEY, Don E. (2007). United States' international retirement migration: reasons for retiring to the environs of Lake Chapala, Mexico. *Agein and Society*, 27(4):489-513.
- TÉLLEZ, Anastasia (2007). *La investigación antropológica*. San Vicente del Raspeig: Club Universitario.
- THE GALLUP ORGANIZATION (2007). Cross-border health services in the EU. Analytical report. Flash EB N° 210. European Commission.
- THURÉN, Britt-Marie (2005). ¿Cómo hacer etnografía feminista "hacia arriba"? Dilemas éticos y políticos para la antropología crítica. En *X Congreso de Antropología de la F.A.A.E.E.: Culturas, Poder y Mercado*. Sevilla.
- TORRES, Sandra (1999). A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful ageing. *Ageing and Society*, 19(2):33-51.
- TORRES, Sandra (2001). Understandings of successful aging in the context of migration: the case of Iranian immigrants to Sweden. *Ageing and Society*, 21(3):333-55.
- TOSAL, Beatriz; BRIGIDI, Serena y HURTADO, Inma (2007). Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas del trabajo etnográfico en hospitales. En *VII Coloquio REDAM. Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente*. Tarragona.
- TURNER, Victor W. (1980). *La selva de los símbolos, aspectos del ritual ndembu*. Madrid: Siglo XXI.
- TURNER, Bryan S. (1992). *Regulating Bodies: essays in medical sociology*. London: Routledge.
- URIBE, José María (1996). *Educación y Curar. El diálogo cultural en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- URIBE, José María (2007). Servicios sanitarios y demandas culturales: Diálogos interculturales. *V Congreso sobre la Inmigración en España "Migraciones y desarrollo humano"*. En <http://www.adeit.uv.es/inmigracion2007>. Valencia, 21-24 de marzo.
- URRY, John (1990). *The tourist gaze*. London: Sage Publications.
- URRY, John (2000). *Sociology beyond societies: Mobilities for the 21st century*. London: Routledge.
- VALLES, Miguel S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

- VAN DER GEEST, Sjaak y FINKLER, Kaja (2004). Hospital Ethnography: introduction. *Social Science and Medicine*, 59(10):1995-2001.
- VAN DONGEN, Els y VAN DIJK, Rob (2000). Migrants and health care in the Netherlands. En *Health for all, all in health*. Prieto VULPIANI, Josep M. COMELLES y Els VAN DONGEN, (Eds.) Rome: Cides/Alisci.
- VAN GENNEP, A. (1986) [1909]. *Los ritos de paso*. Madrid: Taurus.
- VERA REBOLLO, José Fernando (1987). *Turismo y Urbanización en el Litoral alicantino*. Alicante: Instituto de estudios Juan Gil Albert. Diputación Provincial de Alicante
- VERLOO, Mieke (2006). Multiple Inequalities, Intersectionality and the European Union. *European Journal of Women's Studies*, 13(3):211-228.
- VILLA, Elvira (en redacción) Te maldecirán todas las naciones. Prostitución, migración y sida en el siglo XXI. Tesis doctoral en redacción. URV. Tarragona.
- VESPERI, Maria D. (1985). *City of green benches: growing old in a new downtown*. Ithaca :Cornell University Press.
- WAHL, Hans-Werner y WEISMAN, Gerald D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *Gerontologist*, 43(5):616-27.
- WALDREN, Jacqueline (1996). *Insiders and Outsiders. Paradise and Reality in Mallorca*. Providence: Bergham Books.
- WALTERS, William H. (2002). Later-Life Migration in the United States: A Review of Recent Research. *Journal of Planning Literature*, 17(1):37- 66.
- WARNES, Anthony (1992). Migration and the life course. En *Migration Processes and Patterns*. FELDING, A. y CHAMPION, A. (Eds.) London: Belhaven.
- WARNES, Anthony (1994). Permanent and seasonal international retirement migration: the prospects for Europe. *Netherlands Geographical Studies*, 173:69-81.
- WARNES, A.; FRIEDRICH, K.; KELLAHER, L. y TORRES, S. (2004). The diversity and welfare of older migrants in Europe. *Ageing and Society*, 24(3):307-326.
- WARNES, Anthony; KING, Russell y WILLIAMS, Allan (2005). Migraciones a España tras la jubilación. En *La migración de europeos retirados en España*. Vicente RODRÍGUEZ, M<sup>a</sup> Ángeles CASADO-DÍAZ y Andreas HUBER (Eds.) Madrid: Consejo superior de investigaciones científicas.
- WARNES, Anthony y WILLIAMS, Allan (2006). Older migrants in Europe: a new focus for migration studies. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 32(8):1257-81.
- WIHTOL DE WENDEN, Catherine (2000). *¿Hay que abrir las fronteras?* Barcelona: Bellaterra.



WILLIAMS, Allan; KING, Russell; WARNES, Anthony (1997). A place in the sun: International retirement migration from northern to southern Europe. *European Urban and Regional Studies*, 4(2)115-134.

WILLIAMS, Allan; KING, Russell; WILLIAMS, Allan; WARNES, Anthony y PATTERSON, Guy (2000). Tourism and international retirement migration: new forms of an old relationship in southern Europe. *Tourism Geographies: International Journal of Place, Space and the Environment*, 2(1):28-49.

WRAY, Sharon (2003). Connecting agency, ethnicity and ageing. *Sociological research online*, 8(4).

## **Anexos**

**ANEXO 1.** ESTUDIOS SOBRE MIR SEGÚN COMUNIDADES NACIONALES, ÁREAS Y AUTORES

**ANEXO 2.** EXTRANJEROS PROCEDENTES DE EUROPA (2009). ÁREAS DE ESTUDIO

**ANEXO 3.** POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS (2009). ÁREAS DE ESTUDIO

**ANEXO 4.** GUIÓN DE ENTREVISTA A INMIGRANTES DE RETIRO

**ANEXO 5.** PETICIÓN CONSULTA DE DATOS A HOSPITAL MIRAMAR

**ANEXO 6.** COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

**ANEXO 7.** RESULTADOS CUESTIONARIO URBANIZACIÓN CIUDAD QUESADA



## ANEXO 1. COMUNIDADES NACIONALES, ÁREAS Y AUTORES<sup>496</sup>

<b>COMUNIDAD NACIONAL</b>	<b>AUTORES</b>
Noruega (Costa del Sol)	MYKLEBOST; Anne HELSET; Marit LAUVLI; HANS; Christian SANDLIE y Nefissa NAGUIB
Británica (Costa del Sol)	Karen O'Reilly; Caroline Oliver; Charles Betty; Catherine Mullan; Anthony Warnes; Russell KING y Allan WILLIAMS
Suiza (Costa Blanca)	Andreas HUBER
Finlandesa (Costa del Sol)	Antti KARISTO
Alemana (Islas Baleares, Costa Blanca)	Toni BREUER; Klaus FRIEDRICH; Claudia KAISER y Christian BUCK
Francesa	Philippe DUHAMEL
Neerlandesa	Olga EKELENKAMP

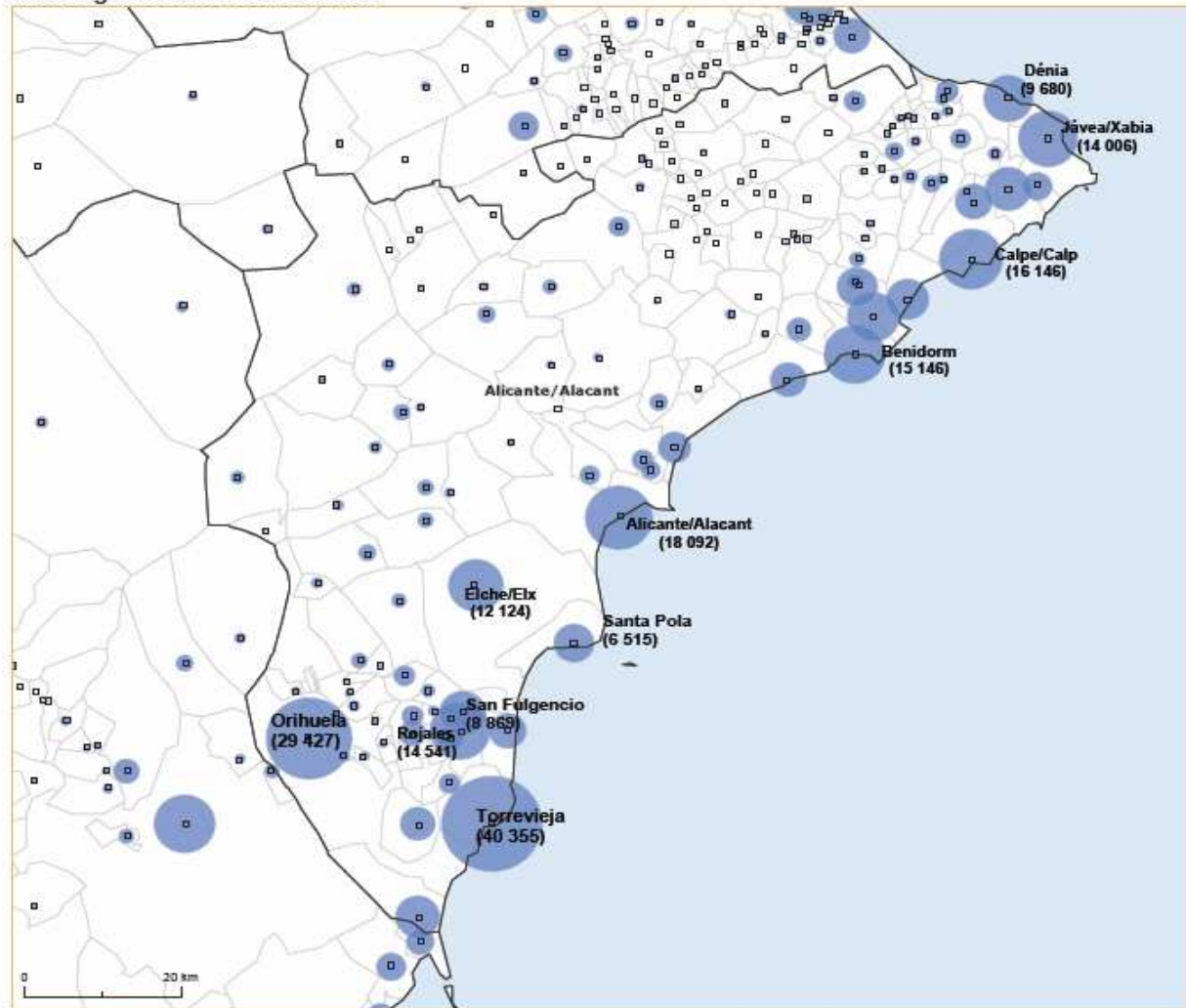
<b>ÁREAS ESPAÑA</b>	<b>AUTORES</b>
Alicante /Costa Blanca	VALERO; M <sup>a</sup> Ángeles CASADO; Andreas HUBER; Tomás MAZÓN; Antonio ALEDO; Klaus FRIEDRICH, Claudia KAISER y Christian BUCK
Málaga/Costa del Sol	Francisco JURDAO; María SÁNCHEZ; Fermina ROJO; Gloria FERNÁNDEZ-MAYORALAS; Antonio ABELLÁN; Charles BETTY; Michael CAHILL; Vicente RODRÍGUEZ; Russell KING; Karen O'REILLY; Caroline OLIVER; Rafael DURÁN; Mayte ECHEZARRETA y Antti KARISTO
Islas Baleares	Pere SALVÀ-TOMÀS; Klaus FRIEDRICH y Claudia KAISER
Islas Canarias	Toni BREUER
Murcia	Juan MONREAL; José María SERRANO; Klaus SCHRIEWER y Joaquín RODES
Cataluña/Costa Brava	Raúl LARDÍES; Kàtia LURBE; Raquel MORENO; Rosalina ALCALDE

<sup>496</sup> En el contexto español, la mayoría de los estudios sobre migración internacional de retiro se han concentrado en aquellas zonas que más inmigración de retiro tienen. Una síntesis de estos trabajos se recogieron en Rodríguez et al (2005).



## ANEXO 2. EXTRANJEROS PROCEDENTES DE EUROPA (2009). ÁREAS DE ESTUDIO (Elaboración propia a partir del Atlas Digital)

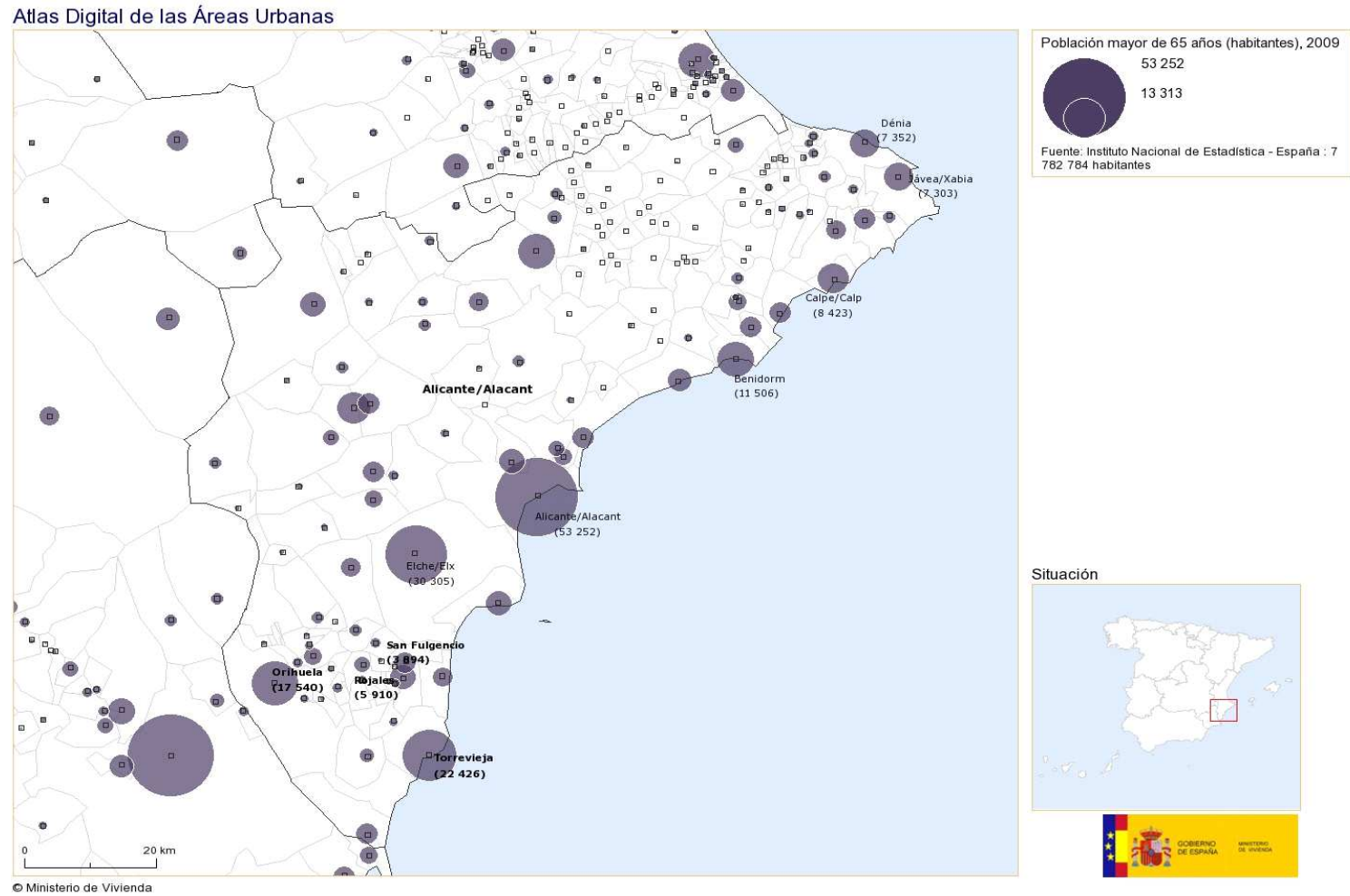
Atlas Digital de las Áreas Urbanas



© Ministerio de Vivienda



### ANEXO 3. POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS (2009). ÁREAS DE ESTUDIO. (Elaboración propia a partir del Atlas Digital)







## **ANEXO 4. GUIÓN DE ENTREVISTA A INMIGRANTES DE RETIRO**

### **INTRO:**

- Presentación
- Propósito de la investigación
- Confidencialidad
- Petición de grabación

### **PERSONAL DATA**

- Age
- Nationality
- Marital status
- Children
- Professional background
- Status in Spain

### **MOVEMENT**

- When
- Reasons
- Meaning of Spain
- Months and seasons staying in Spain annually
- Property
- Feelings about leaving your country
- Life there
- Migration-changes

### **ENVIROMENT**

- Location
- Satisfaction
- Opinion

### **RELATIONS**

- Visits
- Means of communication to stay in touch
- Frequency
- Circle of friends in Spain
- Clubs/Associations

### **LANGUAGE**

- Knowledge
- Difficulties
- Classes

## **HERE**

- Routines
- Way of life
- Comparison with UK
- Misses
- Difficulties in everyday life
- Identities
- Regrets

## **HEALTH**

- Estimation
- Health in the decision of living in Spain
- Meanings
- Keep healthy
- Health insurance. Reasons
- Spanish Health System opinions
- Differences health care in Spain/home country
- Medical care. Attention
- Services Use
- Experience of illness
- Hospitals
- Difficulties
- Opinion “foreigner people take profit from Spanish health system”
- Social services

## **RELATIONSHIPS- FAMILY**

- Couple
- Life here and relationship
- Social support
- Sense of living in community
- Loneliness, boredom
- Family life now and before. Changes
- Migration-family
- Relationship with family

## **CARE**

- Meanings of “caring”
- Expectations with family
- Exchanges of care in the family
- Caring/being cared
- Care for at distance
- Concerns about ageing/dependency
- Yourself in the future
- Decisions about future
- Institutional care

### **SELF- AGEING**

- Feelings about the period of your life course
- Self-description
- Meanings of ageing
- Expectations, difficulties, fears
- Ideal ageing
- Growing old here
- Changes on image, body
- Satisfaction with life
- The most value thing or decision in life
- Regrets looking back on your life



## **ANEXO 5. PETICIÓN CONSULTA DE DATOS A HOSPITAL MIRAMAR**

A/A Director/a del Hospital....,

Mi nombre es Inmaculada Hurtado García y soy doctoranda del programa de Antropología de la Medicina en la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona) y becaria FPU (Formación del Profesorado Universitario) del Ministerio de Educación y Ciencia. Estoy llevando a cabo una investigación cualitativa dirigida por Josep María Comelles (URV) y Mari Luz Esteban (UPV-EHU) sobre los contextos e itinerarios de salud de los retirados europeos. Considero de gran importancia conocer el marco de atención hospitalario y las circunstancias y dificultades que se generan en el mismo tanto por parte de los usuarios como del personal que les atiende. Por ello quisiera llevar a cabo un estudio de campo en el Hospital ....., en particular en aquellas salas de mayor presencia de retirados europeos para poder desarrollar esta parte de mi tesis. Consistiría en la realización de entrevistas a pacientes y familiares, así como al personal sociosanitario que les atiende, siempre con el consentimiento de los mismos a partir del modelo que adjunto.

Por ello, me dirijo a usted para solicitarle autorización para llevar a cabo el trabajo de campo en el mismo.

Atentamente,

Inmaculada Hurtado García

DNI:



## **ANEXO 6. COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Yo, Inmaculada Hurtado García, investigadora del Programa de Doctorado de Antropología de la Medicina de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, me comprometo a utilizar los datos obtenidos en la entrevista realizada el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_ con \_\_\_\_\_ exclusivamente para la investigación que estoy llevando a cabo sobre “Salud e Inmigración de retiro” para la obtención del título de doctora.

Se respetará la confidencialidad de los datos en su publicación a través de la utilización de pseudónimos y la eliminación de todos aquellos elementos que puedan identificar a personas e instituciones concretas para respetar el anonimato de las mismas.

Firmado:





## ANEXO 7. RESULTADOS CUESTIONARIO URBANIZACIÓN CIUDAD QUESADA<sup>497</sup>

### SURVEY- RETIRED NORTHERN EUROPEANS 2007

#### Report 1.- Ciudad Quesada- place

1. - Why did you choose this part of Spain for your retirement?
2. - What attracted you in the first place?
3. - What are the drawbacks to living in Spain?
4. - What improvements have you seen since you have lived here?
5. - What further improvements would you suggest?

#### Report 2- Ciudad Quesada- activities and home country

6. - What do you do in your spare time?
7. - New hobbies, clubs, associations...
8. - Previous hobbies and interests which you carry on...
9. - How often do you return to your home country?
11. - Do you make excursions/ visits to other parts of Spain. If so where?

### RESULTADOS del CUESTIONARIO “Retired Northern Europeans 2007” en CIUDAD QUESADA

#### Datos generales:

**Muestra:** 50 personas. La mayoría vienen con pareja.

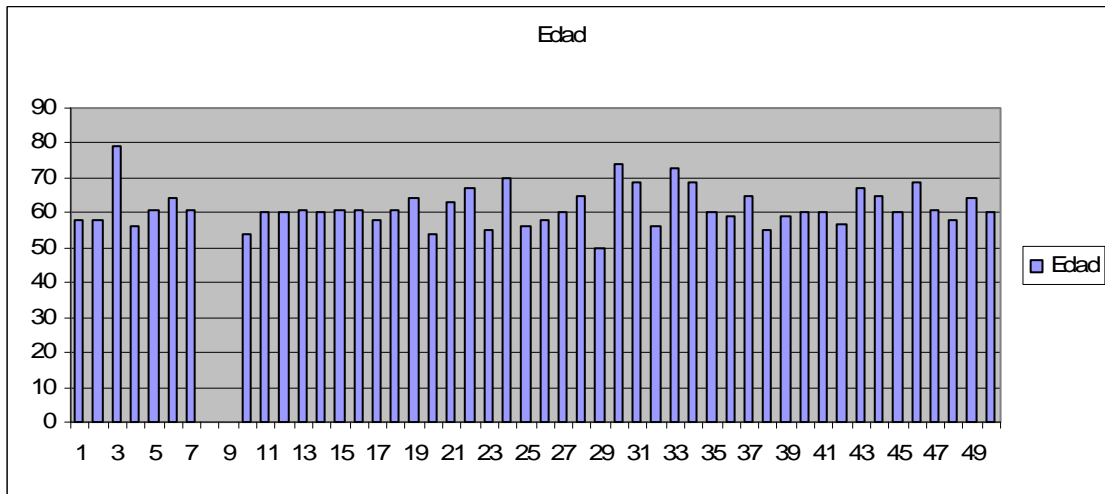
**Nacionalidad:** Británicos mayoritariamente

**Lugar:** Salón del centro social de Ciudad Quesada, durante una conferencia organizada por la asociación Friends Unlimitted.

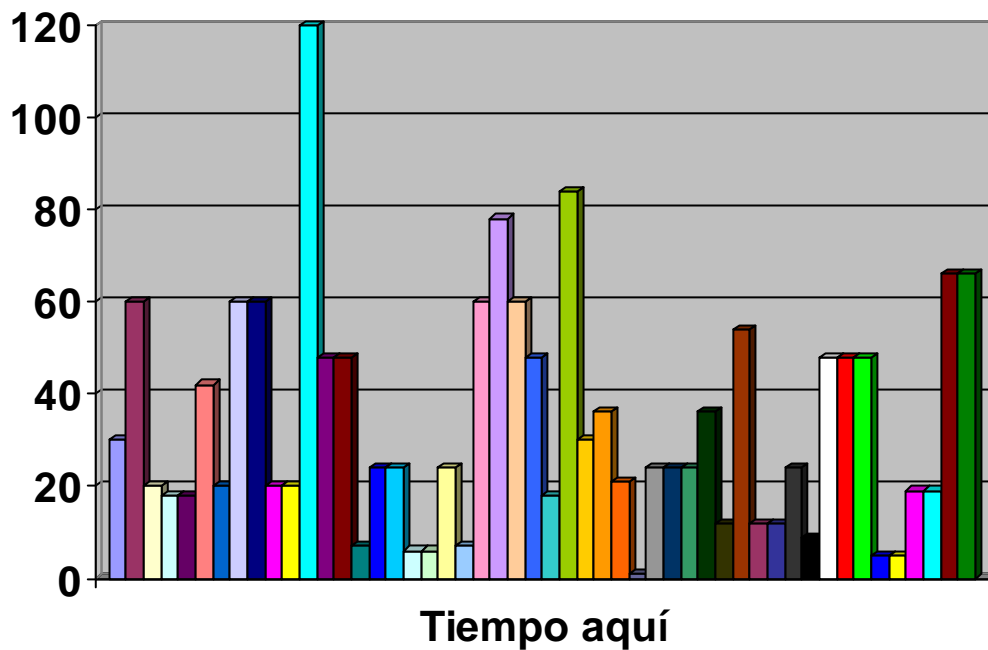
(Nota: Los huecos en las gráficas y en el informe son debidos a la ausencia de respuesta).

<sup>497</sup> Una parte de estos resultados fue entregada a la misma asociación de la cual se obtuvieron los datos.

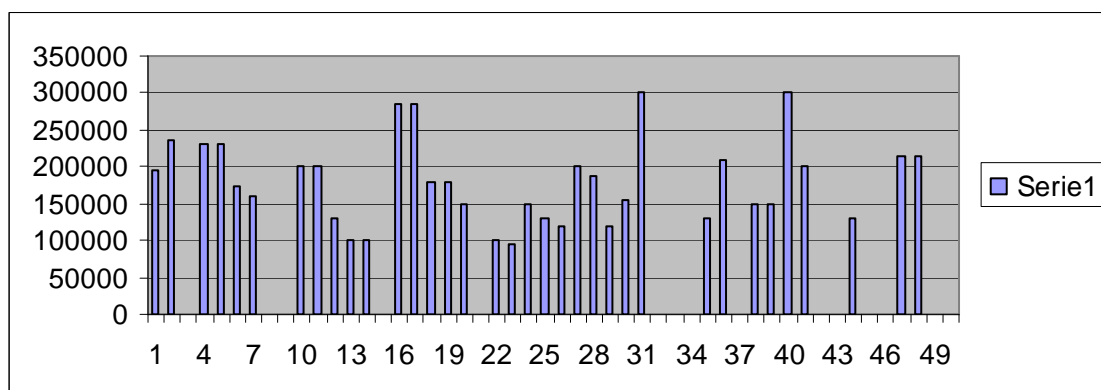
- ¿Qué edad tenías cuando dejaste tu país?



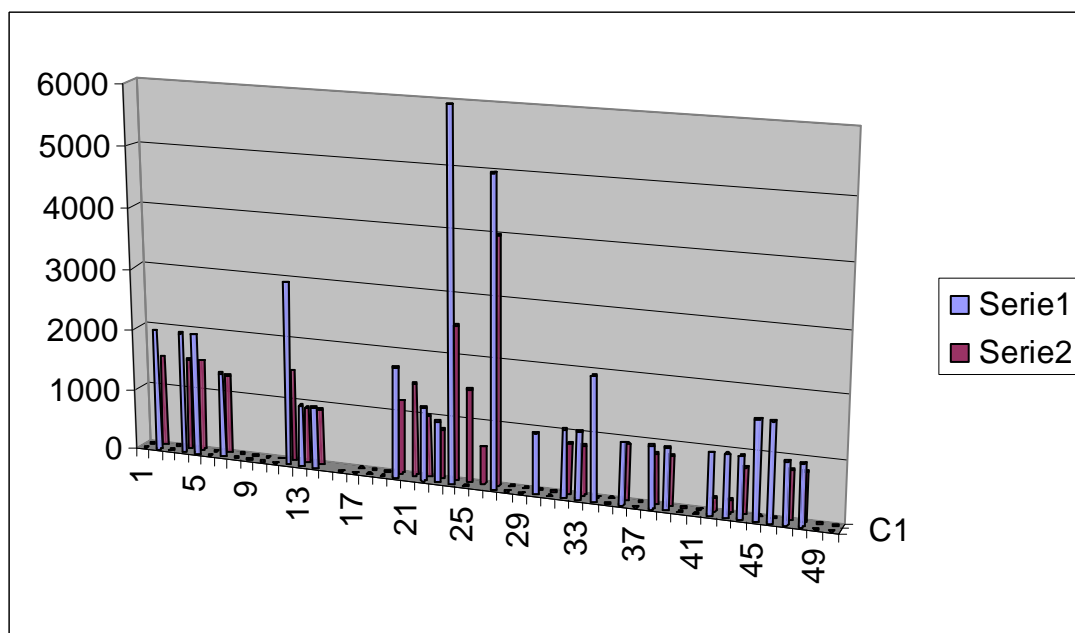
- ¿Cuánto tiempo llevas aquí? (en meses)



- Aproximadamente, ¿Cuánto invertiste en tu propiedad española?



- Serie 1- ¿Cuál es la media de tus ingresos al mes?
- Serie 2- ¿Cuánto piensas que gastas aquí en España cada mes? (en euros)



### INFORME 1- CIUDAD QUESADA-LUGAR

#### 1.- ¿Por qué elegiste este lugar de España para jubilarte?

Clima	11
Coste de la vivienda	5
Por casualidad, suerte	5
Proximidad a aeropuertos (algunos matizan que de bajo coste)	5
Ya conocían el área por venir de vacaciones	4
Salud	4
Vida social	4
Coste de la vida	3
Les gustaba el área	3
Playas	3
No sabe	2
Vinieron porque su hija se venía o ya estaba aquí	2
Gente local	2
British Community	2
Ya tenían aquí amigos y/o familia	4-2 (más con hijas)
Entorno saludable	1
Amigos españoles	1

Proximidad al Reino Unido	1
---------------------------	---

- Algunas respuestas:

*“The ability to live in a Spanish community whilst having the benefit of see other English when you require”*

*“Dry heat (Ann's arthritis, asthma)”*

## 2.- ¿Qué te atrajo en primer lugar?

Clima	17
Motivos económicos	14
Sol	10
Estilo de vida	8
Ya tenían amigos	4
España y su gente	2
Socializarse	1
Gobierno Reino Unido	1
Cercanía a Reino Unido	1

- Algunas respuestas:

*“Could not afford England after retirement”*

*“Possible to retire on low income”*

*“Also my daughter bought me to save living alone in England”*

*“More relaxed”, “more quiet”, “the laid back way of life”,*

*“A more relaxed style of living and still strong family ties”*

## 3.- ¿Cuáles son las desventajas de vivir en España?

Burocracia, papeleo, administración	16
Idioma	11
Distancia de la familia (algunos matizan nietos)	6
Ninguno	6
Entorno y servicios	6
Servicios sanitarios	5
Robos	4
Leyes, herencia	2

- Algunas respuestas:

*“Language, thefts, bad drivers, tax higher than England”*

*“We live in three places which can be awkward, bureaucracy”*

*“Alcohol is too cheap”, “Mosquitos”*

*“Trying to get residency, building construction”*

*“Language difficulties, corrupt politicians and local government, LRAU and the above destroy the image of Spain”*

*“Most things take longer to achieve. Massive building programmes with lots of houses not being sold/sold as holiday properties. English people forming UK ghettos (something they object to other nationalities when they lived in the UK)”*

*“Aftercare following certain operations. So much paperwork for everything and most cases speed at which some things take (very slow) Postal service very poor. Difficulty and time to obtain residentia!!!”*

*“Miss the grandchildren, graffiti, corruption, rubbish tipped anywhere, no more houses to be built, overcrowding”*

*“Moroccans, We have been burgled, car stolen, number plate tried to detach from car”*

#### **4.- ¿Qué mejoras has visto desde que vives en España?**

La mayoría afirman mejoras y cambios en las quejas o desventajas anteriores.

#### **5.- ¿Qué mejoras, más allá de las anteriores, sugerirías?**

Frenar la construcción	7
Servicios sanitarios	6
Entorno	5
Relación con españoles	2

- Algunas respuestas:

*“More known brand shops, to keep Spanish way of life and countryside”*

*“Doctors, surgery should employ interpreters”*

*“More opportunities to integrate with the Spanish, More publicity for events taking place, simplification of inheritance, etc.”*

*“More integration with locals”*

*“Better policing, no more building, no more siesta”*

## INFORME 2-CIUDAD QUESADA- ACTIVIDADES Y PAÍS DE ORIGEN

### 6.- ¿Qué haces en tu tiempo libre?

Caminar	13
Socializarse	9
Clubs	7
Colaborar con charities	6
Visitas al campo	6
Comer fuera	5
Leer	5
Jardinería	5
Clases español	4
Mantenerse en forma	4
Bailar	4
Artesanías (quilting, cards, painting)	4
Golf	3
Petanca	3
Clases de música	2
Yoga, Tai Chi	2
Cuidar la casa	2
Televisión	2
Bicicleta	2
Crucigramas, sudokus	2
Beber, ir al bar	2
Tocar piano	1
Burocracia	1
Aprender informática	1
Pescar	1
Nadar	1
Ir de compras	1
Baños de sol	1

## 7.- Nuevas aficiones, clubs, asociaciones...

Casi todos refieren estar haciendo actividades nuevas desde dentro o fuera de asociaciones como “Friend Unlimmited”, “Quesada Ladies Club” o en clubs de la tercera edad: ayudar, hacer coches o muñecas, aprender un idioma, caminar, tocar en una banda, nadar, ir en bicicleta, arte, petanca, bolos, futbol español (apoyar al equipo local).

## 8.- Aficiones previas e intereses en los que participas...

Varios citan la iglesia. Un par dicen que el golf era muy caro allí. Uno dice que clases de español, ser “turista”, “had no time before”, una persona dice que ha dejado de jugar al golf por el coste, etc.

## 9.- ¿Con qué frecuencia visitas tu país de origen?

1 a 2 veces al año	23
3 a 4 veces al año	5
5 veces por año	3
Cada 3 meses	2

## 10.- ¿Qué echas de menos?

Familia	22
Tiendas (sobre todo supermercados)	8
No echa de menos nada	7
Comida	4
Campo, “el verde”	4
Amigos	4
Actividades	1
Calefacción central	1
Organización	1
Todo	1
Lugares	1



## 11.- ¿Haces excursiones/ visitas otras partes de España, y si lo haces, dónde?

Locales, ciudades cercanas o conocidas.

### OPINIONES EN GENERAL

*“No regrets about moving to Spain. Love it here, love the Spanish! I love the fact that you can go to so many fiestas and events free of charge. I can't believe it!”*

*“Beautiful country, enormous history, fantastic attitude to "foreigners"”*

*“Hate it here. Everything is rip off. They take about the UK”*

*“The lack of long-term care facilities for the elderly is a prime reason (along with my wife death) for my intending to return to UK, to be nearer to my family”*

