

Tesis Doctoral

Cualificación invisibilizada

**ESTUDIO SOBRE EL TRABAJO REMUNERADO DE CUIDADOS
EN DOMICILIO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN
BARCELONÉS Y MONTEVIDEANO**

Departamento de Sociología
Programa de Doctorado en Sociología
Universitat Autònoma de Barcelona

Candidata a Doctora Mag. Erika Van Rompaey

Director: Dr. Jordi Planas Coll

Codirectora: Dra. Analía Inés Meo

2015



Universitat Autònoma de Barcelona

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mi agradecimiento al Grup de Recerca en Educació i Treball (GRET) de la Universitat Autònoma de Barcelona y, en especial, al doctor Jordi Planas, director de esta tesis, por brindarme la oportunidad de investigar en su espacio de trabajo y poder contar así con la reflexión y los aportes de sus valiosos integrantes a lo largo del proceso de investigación y de formación académica. En esta misma línea, mis mayores agradecimientos a la doctora Analía Meo, quien fue codirectora de esta tesis, por su dedicación y aportes invaluable, tanto a nivel conceptual como metodológico.

En segundo lugar, mi especial agradecimiento a la Generalitat de Catalunya por su distinción y apoyo, mediante el otorgamiento de la beca predoctoral FI-Investigador Novel durante el período 2007-2010, gracias a lo cual pude dedicarme a la investigación con disposición a tiempo completo.

En tercer, pero no por ello último lugar, a mis compañeros de vida, de ruta, por el apoyo incondicional en el proceso de elaboración de la presente investigación: familia (Karen Van Rompaey, Patrick Van Rompeay, Adriana Giuria, Andrew Van Rompaey, Richard Van Rompaey) y familia extendida (Celia Cameron, Juan Pablo Betarte, Miguel Sena y Mercedes Van Rompaey). A mis amigos y amigas del alma por acompañarme en momentos en los que creía no tener resto para continuar con la investigación (Cecilia Plottier, Verónica Zankl, Agustín Frizzera, Ignacio Salamano, Ricardo Scagliola, Gabriel García Sagario, Macarena Gelman, Melissa Ardanche, Analía Sclavo, Romina Napolitti, entre otras y otros).

A Clara Fassler por permitirme un espacio para reflexionar colectivamente, en la Red de Género del Uruguay, sobre la perspectiva de género y el diseño de las políticas de atención a la dependencia y sus cuidados.

A Mariela Quiñones y Marcos Supervielle por sus atinados comentarios, que me permitieron ampliar y elevar la mirada teórica y reflexiva sobre el objeto de estudio.

A Soledad Rodríguez por sus aportes en relación con el caso montevideano.

A Marcos Aclé por su atenta lectura y la pertinencia de sus sugerencias.

A Andrea Rosas.

A las trabajadoras que brindaron su voz y contaron su experiencia laboral y personal de cuidados de personas en situación de dependencia.

A todos y todas aquellos que me hicieron reír y con quienes también compartí amarguras pero en especial a mi hijo Milo por la fuerza que me dio su reciente llegada y su compañía calma durante las últimas etapas de elaboración en mi panza.

Dedicada al abuelo Pápus y la abuela Elena, ejemplo de vida, amor, dependencia y cuidados.

Gracias, muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
EL CONTEXTO, EL PROBLEMA Y LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	6
OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE INVESTIGACIÓN	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
CAPÍTULO 1. ENFOQUE TEÓRICO	17
INTRODUCCIÓN	17
1.1. TRABAJO Y EMPLEO DE CUIDADOS: APROXIMACIONES CONCEPTUALES Y ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	18
1.2. APROXIMACIONES TEÓRICAS SOBRE LA CONFIGURACIÓN POLÍTICO-INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	39
1.3. LA CUALIFICACIÓN DEL EMPLEO DE CUIDADO EN DOMICILIO Y LAS COMPETENCIAS LABORALES ASOCIADAS	55
CAPÍTULO 2. LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA	71
LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA SELECCIONADA	72
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS: LA CUALIFICACIÓN ASOCIADA AL EMPLEO DE CUIDADOS EN DOMICILIO	79
INTRODUCCIÓN	79
3.1. EL MODELO DE ANÁLISIS	80
3.2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN Y SU IMPACTO EN LOS SERVICIOS EN BARCELONA Y MONTEVIDEO	84
3.3. EL CONTENIDO DEL TRABAJO REMUNERADO DE CUIDADOS EN DOMICILIO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN	96
3.4. LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS DEL PUESTO DE TRABAJO	116
3.5. LAS FORMAS DE ADQUIRIR LAS COMPETENCIAS LABORALES DE CUIDADO Y EL PAPEL DE LA FORMACIÓN ESPECÍFICA	147
3.6. LOS MECANISMOS DE DESVALORIZACIÓN DEL TRABAJO FEMENINO Y SU INCIDENCIA EN LA VALORACIÓN DE LA CUALIFICACIÓN ASOCIADA AL EMPLEO DE CUIDADOS EN DOMICILIO	154
CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	167
4.1. REFLEXIONES FINALES	167
4.2. RECOMENDACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	181
BIBLIOGRAFÍA	187
ANEXOS	199

INTRODUCCIÓN

Los cuidados de personas en situación de dependencia a raíz de que no pueden llevar a cabo por sí mismas las actividades diarias de su vida han sido históricamente resueltos en las distintas sociedades. Si bien los arreglos o las configuraciones para proveer dichos cuidados, han tenido sus matices y diferencias en cada contexto histórico y cultural, se han caracterizado por el hecho de que las mujeres se encargan de estos casi exclusivamente al interior de los hogares de manera no remunerada. Desde mediados de los setenta, con la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y al sistema educativo, un nuevo problema social aparece: cómo se resuelven los cuidados al interior de los hogares y quiénes asumen la responsabilidad al respecto. Una nueva demanda social emerge y se torna un problema público más acuciante en la medida en que aumenta la esperanza de vida de la población y se consolida la tendencia al envejecimiento de la población, y en particular de la ya envejecida, en las sociedades occidentales industrializadas.

La presente investigación se aboca al estudio de la cualificación asociada al trabajo remunerado de cuidados, llevado a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia y que se enmarca en servicios públicos y privados que brindan esa atención. Para ello se analizan en forma comparada el empleo de cuidados en domicilio en el caso barcelonés, que cuenta con un servicio público de atención en domicilio, y el caso montevideano, que no tiene un servicio público de atención y donde coexisten diversos servicios privados de acompañamiento en domicilio. Es a partir del análisis del contenido del trabajo asociado al empleo de atención directa a personas en situación de dependencia enmarcado en dichos servicios que se estudian las exigencias técnicas vinculadas al puesto de trabajo. Así, se examinan los grados de responsabilidad, autonomía y experticia requeridos en el puesto de trabajo. Con especial atención se examinan cuáles son las competencias técnicas requeridas para el desempeño laboral, las distintas formas de adquirirlas y el papel que juega la formación específica en cuidados en ello. Asimismo, se estudian los mecanismos subjetivos y simbólicos así como objetivos y materiales que reflejan y operan produciendo y reproduciendo la invisibilización de los elevados requerimientos técnicos del puesto de trabajo de cuidados en domicilio.

Una de las razones que motivaron esta investigación fue el cuestionamiento de la idea usualmente compartida de que las mujeres sabemos y somos capaces de cuidar a las personas en situación de vulnerabilidad y dependencia. La investigación estuvo inicialmente

orientada a conocer en qué medida esta creencia se ajustaba a la realidad. Con relación a dicho interés fueron elaboradas las preguntas que dieron origen y guiaron posteriormente el proceso de investigación desarrollado en la presente tesis doctoral. En un primer momento interesaba conocer si las cuidadoras remuneradas, fuera por necesidad económica o vocación, lograban cubrir efectivamente las necesidades de cuidado de las personas en situación de dependencia que viven en sus domicilios. En un estadio más avanzado de la definición del problema de estudio, la pregunta que orientó el proceso de investigación fue la siguiente: ¿es cualificado el empleo de cuidados de personas dependientes en domicilio?

Existe una idea socialmente construida y usualmente aceptada de que cualquiera o mejor dicho cualquier mujer es capaz de cuidar y la consecuente creencia de que el trabajo de cuidado no requiere de cualificación. Ahora bien, las personas que hemos tenido la experiencia de cuidar de familiares o de alguna otra persona cercana a nuestro entorno, tenemos noción de los frecuentes procesos de deterioro físico, mental y emocional de quienes se encuentran en esta condición así como del desgaste, las dificultades y las exigencias a las que se enfrentan quienes se hacen cargo de sus cuidados de forma cotidiana.

La literatura especializada sobre cuidados comparte el argumento de que el trabajo de cuidados, en tanto actividad paradigmáticamente femenina ligada a la función reproductiva de las mujeres y, consecuentemente vinculada a las actividades de nutrir, confortar y proveer bienestar al otro-a, se encuentra desvalorizada socialmente. Es, en parte, a raíz de ello que suele sostenerse la idea socialmente generalizada de que cualquier mujer puede y sabe cuidar. Ahora bien, ¿es esta creencia cierta? ¿Constituye el trabajo remunerado una labor que no requiere preparación previa, formación, capacitación o adquisición de competencias laborales específicas? Analizar si esta actividad es un trabajo que requiere o no cualificación es uno de los aspectos centrales que aborda esta investigación.

Por otra parte, si bien el tema de la dependencia y sus cuidados ha estado ligado tradicional e históricamente a la vida íntima y privada de las personas, de las familias y, particularmente, de las mujeres en los hogares, ha comenzado a ser concebido como una cuestión social de la cual emergen distintas dimensiones a ser problematizadas dada su incidencia a nivel de las relaciones y desigualdades sociales y de género, así como su impacto en las posibilidades de desarrollo de las personas y sociedades. Ello, a pesar de que el cuidado de niñas, niños, adolescentes, ancianos y personas con discapacidad de diverso tipo, era —y continúa siendo— un asunto fundamentalmente femenino, al ser las mujeres quienes continúan haciéndose cargo de manera casi exclusiva. No obstante, suele ser un tema de conversación frecuente entre las mujeres —y de manera más incipiente entre los hombres—, cómo, más allá de las alternativas públicas o privadas, gratuitas o remuneradas disponibles de cuidado, implementan estrategias que les permitan hacerse cargo de manera directa o

indirecta (supervisando y controlando) la compleja tarea de estar a cargo del funcionamiento básico y bienestar de las personas que se encuentran en situación de dependencia.

Profundizar la producción y construcción de conocimiento sobre los cuidados requeridos por las personas en situación de dependencia, es decir, que no son autoválidas o capaces de realizar por sí mismas las actividades diarias de su vida, es imprescindible para poder avanzar y enfrentar a un dilema y problema que afecta —y posiblemente continuará haciéndolo en el futuro— a nuestras sociedades. Sociedades en las que la esperanza de vida crece, las personas viven más y las manos, mentes y corazones libres y disponibles para cuidarlas de forma no remunerada son cada vez menos. Lo anterior, sumado a los cambios en los patrones de vida, de consumo y los avances sociales que han permitido la construcción de sociedades más equitativas y respetuosas de las distintas concepciones de vida, donde las personas, y en especial las mujeres, tengan nuevas oportunidades, horizontes e intereses en la vida, más allá del cuidado de las personas cercanas. A pesar de dichas transformaciones, las desigualdades sociales continúan produciéndose y reproduciéndose y no todas las mujeres tienen la libertad de elegir cómo disponer de su tiempo personal y de cuánto del mismo le dedicarán a los cuidados en general y a las personas en situación de dependencia en particular. Las estadísticas nos muestran que las mujeres continúan realizando alrededor de dos tercios del total de trabajo no remunerado (de cuidados y doméstico), algo que supera ampliamente al tiempo dedicado por los varones. Quienes se dedican al cuidado como actividad laboral remunerada son mayoritariamente mujeres y de estas una gran proporción lo hace en condiciones de precariedad y de falta de garantías y derechos laborales. En las sociedades europeas las mujeres inmigrantes son quienes se dedican al cuidado remunerado de niñas, niños, ancianos o personas con discapacidad, de forma remunerada, como estrategia de subsistencia e integración a la nueva sociedad en la que se insertan, con independencia de su formación o experiencia laboral previa. En este sentido, se habla del fenómeno de *care drain* o drenaje de cuidados a nivel global, que se produce cuando las mujeres de sociedades más pobres emigran a países con mayores niveles de crecimiento y desarrollo económico, muchas veces teniendo que dejar a sus hijos/as o personas dependientes en sus países de origen para poder insertarse en su nuevo destino y dedicarse al trabajo remunerado de cuidados en los países receptores.

Incipientemente, cómo y quiénes proveen cuidados a las personas dependientes se ha ido transformando en una preocupación que ha dejado de ocupar de manera exclusiva el ámbito privado y doméstico, para pasar a ser concebidos cada vez con mayor fuerza como un asunto público y de interés colectivo. Algunos países, sobre todo aquellos con regímenes de bienestar consolidados, se han abocado a la creación e implementación de políticas públicas orientadas a abordar la cuestión del cuidado y la atención de las personas en situación de dependencia. Es claro que todas las personas, tarde o temprano en la vida, no solo se

enfrentarán o vivirán situaciones de vulnerabilidad donde necesiten cuidados de otra persona de forma temporal o permanente, sino que —seguramente— tengan que brindar u ocuparse del cuidado de otras personas.

Los cambios demográficos y sociales acontecidos en los últimos treinta años, entre los que se destacan el envejecimiento de la población y la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo,¹ han traído aparejados nuevos equilibrios así como nuevas necesidades y problemas individuales y de carácter colectivo. En particular, la cuestión del cuidado de personas dependientes y su provisión y cómo resolverlo emerge con fuerza a partir de la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo a fines de los setentas. Sin embargo, dicha incorporación no ha bastado para transformar los estereotipos de género y las desigualdades basadas en las diferencias entre los géneros, ni las formas tradicionales de provisión basadas en el cuidado familiar encarado por las mujeres de los hogares. En este sentido, la valoración desigual y desfavorable del trabajo tradicional o típicamente femenino con respecto al masculino, asociado a la división sexual del trabajo y a la diferenciación de los roles de género (mujer cuidadora reproductora-hombre proveedor productor), continúa teniendo gran influencia e implicancias a nivel del mercado de trabajo actual, colocando a las mujeres, habitualmente, en una posición de desventaja en relación con los varones.

Estudiar las dimensiones, características y exigencias técnicas de un trabajo remunerado típicamente femenino y de carácter reproductivo como lo es el de cuidados de personas en situación de dependencia está dirigido a captar su integralidad y complejidad así como a mejorar la comprensión respecto a si se encuentra o no desvalorizado socialmente y a estudiar algunos de los mecanismos que pueden llegar a producir y reproducir dicha desvalorización. Estudiar qué es el cuidado, qué implica y cuáles son las tareas asociadas cuando es provisto de forma remunerada y bajo un contrato laboral en el marco de un servicio de provisión de cuidados en domicilio abre la posibilidad de dimensionar y visibilizar los esfuerzos y costos que este acarrea para quien lo realiza y ampliar la perspectiva conceptual en torno a él.

De forma más general, este estudio procura aportar a una mejor comprensión del proceso de producción y organización de los servicios de atención en domicilio de personas en situación de dependencia, focalizándose en el análisis del trabajo de atención directa a las personas usuarias de este, más allá de su naturaleza pública o privada y de los modelos en el que se sustenten. Dicho servicio constituye una de las prestaciones sociales de mayor relevancia que puedan erigirse en el marco de una política pública de atención al fenómeno de la dependencia, en la medida en que gran parte de las personas dependientes viven en sus

1 Ver Aclé (2011) y, en particular, para el caso uruguayo se encuentran las investigaciones de Rodríguez y Rosell (2009) y Paredes (2014) y para el español la referencia es el *Libro Blanco de la Dependencia* (2004).

domicilios y requieren del soporte de otra persona en sus propios hogares para llevar a cabo las actividades de su vida cotidiana.

Estudiar las características del trabajo remunerado de cuidados en domicilio contribuye a profundizar el análisis en torno a varias líneas de investigación iniciadas a fines de los ochenta. Una de ellas tiene que ver con comprender y explicar el trabajo remunerado de cuidados en sus variadas formas y configuraciones sociales y político-institucionales. Otra está ligada específicamente al estudio del trabajo emocional, concebido como una dimensión constitutiva de un trabajo esencialmente relacional como lo es, entre otros, el trabajo remunerado de cuidados. Asimismo, el estudio de este tipo de trabajo se orienta a complementar otra de las líneas que emergieron con fuerza durante dicho período, centrada en el estudio de las políticas públicas y los Estados de bienestar y sociales con perspectiva de género. Por último, la investigación se centra en iluminar el debate respecto a qué define a la cualificación asociada a los trabajos remunerados y cómo debería categorizarse, planteando reflexiones en torno a cómo transformar los efectos negativos de su valoración social, cuya construcción colectiva en tanto constructo social se encuentra fuertemente sesgada por el género, tradicionalmente asociado a las actividades laborales.

La tesis se estructura en cuatro capítulos. El primero se aboca a la revisión de distintas perspectivas teóricas orientadas al estudio de tres ejes temáticos centrales en relación con el objeto de estudio: el trabajo remunerado de cuidados, las políticas públicas vinculadas a la atención al fenómeno de la dependencia y la cualificación. Ello con el objetivo no solo de revisar la literatura especializada en dichas materias sino de construir un enfoque conceptual propio en torno a cada uno de los mencionados ejes temáticos.

El segundo capítulo describe la estrategia metodológica seleccionada, que es de carácter cualitativa, las decisiones relativas al diseño de investigación en su conjunto (selección de muestra, instrumentos de investigación y tipo de análisis de la evidencia empírica recabada). El tercero se destina al análisis de la evidencia empírica recabada, examinando el contenido y características centrales del trabajo remunerado de cuidados en domicilio, sus requerimientos técnicos (grados de responsabilidad, autonomía, riesgos laborales y competencias laborales específicas involucradas en el puesto de trabajo, tipo de soporte técnico a nivel organizacional recibido por las trabajadoras), así como los mecanismos de desvalorización del trabajo y su impacto en la cualificación del trabajo estudiado. Por último, se presenta el capítulo de conclusiones, donde se sintetizan las principales reflexiones finales en torno al proceso de investigación y sus resultados, así como se plantean recomendaciones teóricas y a nivel del diseño de políticas públicas, para dar paso a sugerencias vinculadas a futuras líneas de investigación que emergen de este análisis.

El contexto, el problema y los objetivos de investigación

Tal como lo sostienen Belt, Richardson y Webster (2002) y Hampson y Juno (2005), las economías industriales desarrolladas —e incluso algunas con menores grados de desarrollo— han transitado por grandes transformaciones en los últimos años. Una característica fundamental de este cambio ha sido la declinación de la industria manufacturera y el incremento de la industria de servicios. El sector de servicios de estas economías contiene un amplio rango de ocupaciones, desde aquellas vinculadas a los servicios personales hasta otro tipo de servicios tales como la hostelería, las finanzas, la producción y desarrollo de *software*, la educación, entre otros.

Es la industria de servicios la que emplea a la mayor parte de la población ocupada a nivel mundial (Korczynski y Macdonald, 2009). El sector de servicios en general, y el de los servicios personales en particular —entre los que se encuentra los cuidados en domicilio—, se caracteriza por la fuerte feminización de su fuerza laboral en la mayoría de los países occidentales industrializados.² Otro de los aspectos que distingue al sector es que los empleos asociados a este se encuentran infravalorados socialmente (Thompson, Warhurst y Callaghan, 2000; Korczynski, 2002 y Rigby y Sanchis, 2006) y tienden a ser mal remunerados (Lloyd y Payne, 2002 y Payne, 2009).

En el contexto de una creciente tendencia hacia la consolidación de economías basadas en los servicios a nivel de las sociedades occidentales industriales, un nuevo fenómeno social viene emergiendo con fuerza desde hace más de dos décadas: el denominado «crisis del cuidado» de las personas en situación de dependencia (Bazo, 1998; Durán, 2006; Iglesias, 2006 y Escuredo, 2007).

Las personas en situación de dependencia son aquellas que a raíz de una enfermedad, discapacidad, accidente o vejez no pueden llevar a cabo por sí mismas las actividades básicas de su vida diaria y que requieren del cuidado, la ayuda o soporte de otra persona para poder ser y estar en el mundo. Se habla de «crisis de cuidado» para caracterizar un fenómeno social de creciente aumento de la demanda de cuidados de personas dependientes que se da a la par que una disminución de su oferta.³ Dicha crisis, experimentada fundamentalmente por las

2 Ello sucede en el caso de la mayoría de los países europeos (Cameron y Moss, 2007) y es constatado para el caso español (*Libro Blanco de la Dependencia*, 2004), así como para el caso uruguayo (Aguirre, 2013 y Mides, 2014).

3 Según Torns *et al.* (2014), la disminución de la oferta de cuidados está ligada a que su provisión bajo el formato de cuidados informales o familiares está afectada por un agujero demográfico que supone la paulatina desaparición de las mujeres de la generación contigua (45 a 65 años), denominada «generación sándwich». Dicha generación ha estado a cargo, hasta la actualidad, de las tareas de cuidados y atención a las personas dependientes en el ámbito familiar de forma no remunerada (niñas y niños, así como personas mayores principalmente). Esto se debe, fundamentalmente, al aumento de su presencia en el mercado de trabajo remunerado formal e informal

sociedades occidentales industrializadas, está ligada a los cambios a nivel de las configuraciones o arreglos familiares⁴ así como a nuevas formas de participación de la población en el mercado de trabajo, entre las que se destacan la incorporación masiva de las mujeres a este mercado (Lewis, 2001) y nuevas formas y estilos de concebir y vivir la vida (Jacobson, 1986). A pesar de estas transformaciones, las mujeres aún continúan realizando el grueso del trabajo de cuidados de personas dependientes de forma no remunerada (Gershuny, Godwin y Jones, 1994).

Por otro lado, el escenario planteado por la crisis de cuidados ha traído aparejada la creación del trabajo remunerado de cuidados (formal e informal), encarado por personas fuera del ámbito familiar, así como la creación de servicios —tanto públicos como privados— de cuidado, orientados a satisfacer las necesidades específicas de cuidado de esta población antes cubiertas por las mujeres al interior de los hogares de forma no remunerada.

En la medida en que gran parte de las personas dependientes vive en sus domicilios, se han creado servicios que apuntan específicamente a cubrir las necesidades de cuidado y atención en este ámbito. Su naturaleza pública o privada depende, en parte, de la existencia de políticas públicas orientadas a la atención de la dependencia y sus cuidados. Gran parte de los países europeos con regímenes de bienestar desarrollados y consolidados han implementado, a partir de la década del noventa, políticas públicas destinadas a abordar la problemática de la dependencia. Sin embargo, tan solo algunos países latinoamericanos con Estados de bienestar o sociales más recientemente desarrollados han comenzado a colocar en su agenda pública el debate en torno al tema de la dependencia y sus cuidados, al visualizarla y concebirla como una cuestión y problemática social. Asimismo, una ínfima parte de dichos países ha logrado diseñar o implementar políticas públicas orientadas a atender el fenómeno de la dependencia.

Más allá de la naturaleza privada o pública de los servicios orientados a proveer cuidados a fines de los ochenta, Europa contempló la creación de nuevos empleos ligados a los denominados *servicios de atención a la vida diaria* para afrontar el reto de hacer converger la necesidad de generación de empleo con la cobertura de las nuevas necesidades sociales del momento. Más específicamente, los Servicios de Atención en Domicilio (SAD) fueron pensados como una solución pública para hacer frente a la provisión de atención en el marco de un creciente envejecimiento de la población y consiguiente aumento de la «población dependiente» a nivel europeo. En este marco, la Comisión Europea reconocía en 1995 que dichos servicios constituían uno de los diecisiete nuevos yacimientos de empleo de la región.⁵

⁴ Los nuevos arreglos familiares se caracterizan por configuraciones en las que existe un adulto trabajador/a (sobre todo madres solas con uno o dos hijos) o un adulto y medio (familias nucleares en las cuales las mujeres trabajan *part-time* (Daly y Lewis, 2000).

⁵ Véase el *Libro Blanco Crecimiento, competitividad, empleo. Retos y vías para entrar en el siglo XXI*, 1993.

Por otro lado, al abordar la cuestión del trabajo remunerado de cuidados en el marco de los servicios de atención y cuidados, es preciso introducirnos en el análisis de las perspectivas y enfoques que se vienen desarrollando en relación con la temática desde la literatura especializada. Diversos autores sostienen que el paradigma o modelo tradicional del trabajo industrial continúa siendo predominante en muchas de las sociedades occidentales industrializadas, a pesar de que muchas de estas hayan experimentado transformaciones tendientes a configurar sus economías con base en los servicios. Bajo el paradigma tradicional del trabajo industrial se concibe que el operario-trabajador cualificado es aquel que se forma y cualifica para el trabajo, mientras que en el sector de servicios las cualificaciones usualmente son visualizadas como aspectos o rasgos innatos de los y las trabajadoras, no adquiridos mediante formación o experiencia en el puesto de trabajo. Este supuesto, que continúa teniendo vigencia en la actualidad en el mundo del trabajo, desvaloriza, fundamentalmente, al trabajo típica y tradicionalmente femenino de carácter reproductivo basado en aspectos relacionales en los cuales las competencias interpersonales son fuertemente demandadas. Este supuesto permea el mundo del trabajo en general y se considera que invisibiliza gran parte de los aspectos técnicos requeridos en la industria de los servicios y, en especial, aquellos vinculados a los servicios personales y de cuidados. En esta línea, un conjunto de autores (Hochschild, 1983; Steinberg y Figart, 1999; Cancian y Olicker, 2000 y Payne, 2009) constatan que los empleos en el sector de servicios implican una multiplicidad y complejidad de tareas a ser desarrolladas, una amplia variedad y especificidad de competencias laborales a ser movilizadas, así como exposición frente a riesgos laborales ligados tanto a la alta carga física y emocional involucrada. Más aun, autores como Payne (2009), Korczynski (2005) y Bolton (2004) sostienen que el trabajo emocional involucrado en los servicios de cuidado constituye una forma de cualificación específica que requiere de reconocimiento y recompensa. Ello, a raíz de que este tipo de trabajos, comparte muchas de las características objetivas que a nivel técnico han sido comúnmente utilizadas para categorizar los trabajos como cualificados o no, tales como el grado de complejidad, la discreción y el control del proceso de trabajo (Littler, 1982). Sin embargo, en sintonía con Abbot (1998) —para quien la capacidad para consolidar una profesión cualificada y reconocida socialmente depende, en gran parte, de la capacidad de los actores sociales para presionar a las instancias políticas y económicas, teniendo en cuenta el papel del Estado en el control y definición de las profesiones—, la construcción de este tipo de empleo como una profesión se encuentra fuertemente limitada, dada la debilidad organizativa de quienes se desempeñan en este tipo de trabajos, así como la escasa valoración social asociada a los empleos tradicionalmente femeninos.

Con independencia de las cuestiones antes planteadas, en relación con los antecedentes de investigación vinculados específicamente al análisis del trabajo remunerado de cuidados

en domicilio, en el caso español una de las investigaciones halladas aborda el análisis de cuestiones generales ligadas a las formas y condiciones de trabajo en los SAD en Cataluña (Alemany, 2003), mientras que aspectos vinculados a la precariedad de los empleos en el sector de atención a las personas en España son estudiados por Recio (2014), a partir del análisis de factores tanto macrosociales como de carácter más micro, así como también por Torns *et al.* (2014). Estos últimos argumentan que la profesionalización de este tipo de trabajos remunerados se ve constreñida por el propio contenido del trabajo, que se encuentra íntimamente ligado a un imaginario social que los concibe como un *continuum* del trabajo doméstico y familiar no remunerado, limitando así las posibilidades de mejora de las condiciones de empleo y de reconstrucción de las cualificaciones profesionales vigentes en los servicios de cuidados de larga duración. Por otro lado, Díaz y Mañas (*circa* 2009)⁶ se centran en la caracterización de las necesidades formativas de los trabajadores/as del SAD, denominados cuidadores no profesionales. Más allá de la literatura especializada antes mencionada, no se han encontrado antecedentes de investigación vinculados específicamente al estudio de la cualificación de este tipo de empleo en el caso montevideano o uruguayo.

La presente investigación se erige en el marco del creciente interés social y público derivado de las nuevas transformaciones sociales anteriormente descritas y analizadas en torno al fenómeno de la dependencia y sus cuidados, así como de la búsqueda por profundizar el conocimiento en relación con los trabajos y empleos ligados al sector de cuidados desde una perspectiva cualitativa, empírica y analítica que complemente la literatura analizada y amplíe los alcances de la investigación hasta el momento llevada a cabo.

La investigación se orienta hacia el estudio de la cualificación asociada al trabajo remunerado de cuidados en domicilio de personas en situación de dependencia llevado a cabo por trabajadoras contratadas en el marco de servicios provistos por empresas u organizaciones de la sociedad civil que, en el caso barcelonés es de naturaleza pública y en el montevideano de carácter privado. Para ello se parte de la noción de dependencia adoptada en el Consejo de Europa —Resolución (98) 9, del 18 de setiembre de 1998—, que la define como «el estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria».

La pregunta que ha originado y guiado el proceso de investigación es la siguiente: *¿es el trabajo remunerado de cuidados en domicilio cualificado?* De ella se derivan interrogantes más específicas, como las que siguen: *¿cuáles son los requerimientos y las exigencias técnicas asociados al puesto de trabajo en función del contenido del trabajo efectivamente llevado a*

⁶ El documento no dispone de fecha identificable en su versión electrónica, cuyos permisos de acceso fueron restringidos posteriormente a su consulta en el marco de esta investigación: <http://www.conforcat.cat/AACC/SINTESI/AACC_INVESTIGACIO_I_PROSPECCIO>.

cabo? ¿Cuáles son las competencias laborales específicas requeridas por quienes se desempeñan en el puesto de trabajo y qué papel juega a formación específica en cuidados en su adquisición? ¿Es el trabajo de cuidados remunerado realmente no cualificado o se concibe como descualificado porque es un trabajo tradicional y típicamente femenino? Y, por último: ¿qué papel juega la desvalorización del trabajo típicamente femenino en la valoración y concepción de la cualificación asociada al puesto de trabajo?

Antes de dar respuestas tentativas a estas preguntas es preciso explicitar algunas cuestiones centrales en relación con la perspectiva teórica adoptada para abordar el objeto de estudio. En cuanto al enfoque teórico sobre la cualificación adoptado en esta investigación, es preciso señalar que es a partir del debate teórico entre Friedman y Naville a fines de los cincuenta en el contexto de los procesos de automatización en el modelo taylorista de organización del trabajo que emergen dos grandes perspectivas teóricas respecto a su naturaleza y definición: la sustancialista y la relativista.

A grandes rasgos, el enfoque sustancialista define la cualificación exclusivamente en función de los aspectos técnicos asociados al contenido y a los requerimientos derivados de este en los distintos puestos de trabajos, es decir, de acuerdo al grado de complejidad técnica que caracteriza en términos objetivos a cada puesto de trabajo. Sin embargo, esta visión no contempla las interacciones, mediaciones y valoraciones sociales que como elementos subjetivos intervienen en la definición de la cualificación si se la concibe como una construcción social. Por ello, el principal aporte de la perspectiva relativista radica en concebir que la definición de la cualificación, a partir de la que se determinan las jerarquías de las ocupaciones, es producto de un proceso de construcción social complejo y no el mero reflejo de las características técnicas asociadas a los puestos de trabajo, que varían en el tiempo. En línea con esto, la cualificación es concebida en esta investigación como el resultado de un proceso de construcción social en el que intervienen no solo los aspectos técnicos asociados al puesto e trabajo, sino, sobre todo, las valoraciones y los estereotipos sociales sobre los distintos tipos de trabajo y los conflictos y luchas de poder entre los distintos actores. Esta mirada hace que se vuelva imprescindible incorporar el análisis de los sesgos de género que permean e inciden en los procesos de construcción social de definiciones y significados de objetos y sujetos. Así, se adopta un enfoque integral sobre la cualificación en la que esta es concebida en parte como una construcción social, razón por la cual su abordaje no puede escapar del análisis sobre la incidencia que tienen la dimensión, las relaciones y los patrones de género involucrados en los procesos y las dinámicas que la constituyen. El enfoque pionero sobre la cualificación sexuada propuesto por Maruani (1993) incorpora el análisis de la dimensión de género en el proceso de construcción social de la cualificación, algo que da cuenta de la complejidad e integralidad asociada a su naturaleza y su proceso de valoración y definición. La incorporación de la dimensión de género en el

análisis de la cualificación es clave para el estudio de un empleo fuertemente feminizado como es el de cuidados de personas en situación de dependencia. Esto se debe a que la mayoría de los empleos femeninos se encuentra infravalorada socialmente a raíz de la tradicional división social y sexual del trabajo y al modelo familiar hegemónico denominado «hombre ganador de pan y mujer ama de casa» (Cancian y Oliker, 2000), a partir del cual se valora y categoriza de forma desigual al trabajo de carácter reproductivo y al que no lo es. El trabajo no reproductivo denominado tradicionalmente «productivo» es aquel vinculado al ámbito público y remunerado, predominantemente masculino, mientras que el de tipo reproductivo es asociado al ámbito doméstico y privado, usualmente no remunerado y concebido como típicamente femenino. El trabajo productivo asociado al dominio masculino ha sido, y continúa siendo, socialmente más reconocido y mejor valorado que aquel de carácter reproductivo en tanto actividad predominantemente femenina. Cuanto más cercano se encuentra un trabajo remunerado a la actividad de nutrición, confort, estímulo o facilitación de la reproducción e interacción humana, más estrechamente se asocia a lo naturalmente femenino, asumiendo una escasa valoración social (Kaplan, 1987). Dichas actividades no son concebidas como algo aprendido y que requiera el desarrollo y la movilización de capacidades y competencias, sino como la expresión del carácter femenino en general.

En síntesis, esta investigación adopta un enfoque sobre la cualificación desde un abordaje integral, que incluye tanto a la perspectiva sustancialista y relativista de la cualificación, así como su enfoque sexuado o generizado, al incorporar en su análisis elementos aportados por todas ellas. Es decir que el análisis de la cualificación que se desarrolla a lo largo de la investigación tiene en cuenta tanto los requerimientos técnicos u «objetivos» del puesto de trabajo ligados a la perspectiva sustancialista como los aspectos sociales o valoraciones y estereotipos construidos socialmente que forman parte de su definición contemplados por el enfoque relativista, incorporando además el análisis de la dimensión de género. La cualificación se entiende no solo como el resultado de ciertas operaciones técnicas requeridas en un determinado puesto de trabajo, sino también como producto de la estimación del valor social asociado a la actividad laboral y a los puestos de trabajo a ella vinculados. Dicho valor es el resultado de conflictos y negociaciones que caracterizan a las relaciones sociales y, por ende, de las relaciones de fuerza y de género que determinan la categorización desigual de las diversas actividades humanas.

A su vez, es preciso señalar que la investigación parte de la definición del trabajo de cuidado propuesta por Folbre (1990), quien lo concibe como un servicio basado en la interacción personal sostenida entre quien cuida y quien es cuidado (frecuentemente a través de la relación cara a cara) y está motivado (como mínimo en parte) por la preocupación por el bienestar de la persona cuidada. A nivel de su contenido se entiende que el cuidado

comprende a las actividades orientadas a dar satisfacción a las necesidades físicas y emocionales de las personas en situación de dependencia (Daly y Lewis, 2000).

Este trabajo aborda el estudio del trabajo de cuidado como actividad laboral remunerada o como trabajo remunerado en términos de la categorización de Davies (1995), quien lo diferencia del cuidado en tanto actividad no remunerada. A su vez, se indaga si dicha categoría entra dentro de lo que el autor denomina cuidado de tipo profesional (*professional care*), definida como aquellas actividades remuneradas que requieren de una formación específica para su ejercicio, dentro del cual sitúa como caso paradigmático la enfermería. Por último, el trabajo remunerado de cuidado analizado es aquel enmarcado y regulado por un contrato de trabajo, un trabajo no informal sino formal en la línea de la distinción que llevan a cabo Artiles y Köhler (2006) cuando hacen referencia al empleo por oposición al trabajo.

En cuanto a los supuestos de los que parte la investigación, se plantea la hipótesis de que a nivel del empleo de cuidados en domicilio existe una disonancia o un desajuste entre la concepción sobre la baja cualificación asociada a este y la alta exigencia y complejidad derivadas de los requerimientos y exigencias técnicas del puesto de trabajo. En otras palabras, se cree que dicho empleo goza de un estatus social bajo y se concibe socialmente como descualificado, a pesar de que ello no sea acorde con los elevados requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo. Por ello, examina cuáles son las competencias específicas efectivamente requeridas, así como cuáles son los grados de autonomía, responsabilidad y riesgos laborales ligados al puesto de trabajo a partir del análisis del contenido del trabajo efectivamente ejecutado por las trabajadoras en las dos ciudades que forman parte del estudio empírico.

Por otro lado, a nivel macrosocial, uno de los supuestos en los que se basa la investigación radica en entender que las creencias y valores sociales ligados a las diferencias y roles de género, los modelos de familia y de distribución de las responsabilidades de cuidado entre sus miembros así como entre los distintos actores sociales (Estado, familias y sociedad civil y empresarial), afectan a la configuración social de las opciones relativas a la provisión del cuidado en domicilio para la cobertura de las necesidades derivadas de la situación de dependencia, así como a las condiciones en las cuales el trabajo remunerado de cuidados en dicho ámbito es desarrollado (Pfau-Effinger, 2005 y Letablier, 2007). Una primera distinción al respecto tiene que ver con la existencia o no de responsabilidad estatal (pública) respecto a la atención a la dependencia y la cobertura de las necesidades de cuidado en distintos ámbitos y en particular en sus domicilios. A partir de ello, las posibilidades de cubrir las necesidades de cuidado de los y las ciudadanas en cada sociedad son distintas si existe o no una política pública orientada a la atención de la dependencia, viabilizada a través de prestaciones sociales públicas y universales (servicios o transferencias monetarias). La existencia o no de responsabilidad estatal respecto a la provisión de atención y cuidados

determina si existe o no regulación y control estatal y pública respecto a la organización y a las características de los servicios de cuidados y atención en domicilio en cada contexto, así como a las condiciones técnicas y a la calidad de la atención provista en el marco de estos. De manera general, se entiende que el contexto cultural, las creencias y los valores sociales subyacentes en las diversas sociedades condicionan la existencia de políticas públicas, su diseño e implementación. Esto se debe a que estas inciden, en primer lugar, en la existencia —o no— de políticas públicas orientadas a abordar el fenómeno de la dependencia y sus cuidados, lo cual condiciona a su vez las diferencias relativas a los modelos de atención (público o privado) de provisión de cuidados y, en particular, de cuidados en domicilio. Asimismo, tiene implicancias directas para el empleo de cuidado regulado y realizado en el marco de los servicios (públicos o privados) de provisión de cuidados en domicilio. En concreto, el modelo de atención y su naturaleza pública o privada impactan en las características del servicio de cuidados en domicilio y afectan al trabajo realizado en este marco, su grado de protocolización, el nivel de formación requerido para el acceso al puesto de trabajo, la política relativa a la formación permanente en el empleo y las condiciones laborales asociadas a este (salario, modalidad de contrato, posibilidades de promoción, etcétera).

Objetivo general y objetivos específicos de investigación

Esta investigación tiene como propósito examinar la cualificación del empleo de cuidado en domicilio enmarcado en el servicio de atención en domicilio provisto en dos contextos político-institucionales y socioeconómicos diversos: Barcelona y Montevideo. Ello, con el objetivo general de indagar cuál es el grado de cualificación real del puesto de trabajo y contrastar la hipótesis relativa a la existencia de un desajuste entre los elevados niveles de requerimientos técnicos y la baja valoración social de la cualificación asociada a este.

El trabajo se centra específicamente en el análisis de la cualificación asociada al trabajo remunerado de cuidados en domicilio llevado a cabo por trabajadoras contratadas por empresas u organizaciones de la sociedad civil (OSC) que proveen servicios de acompañamiento (caso montevideano) o atención en domicilio (caso barcelonés). Si bien gran parte del cuidado provisto en domicilio a las personas en situación de dependencia es encarado de manera no remunerada por familiares (y fundamentalmente por mujeres) o allegados a dichas personas —o contratado por estas directamente sin que medie un agente proveedor del servicio—, estas modalidades de trabajo de cuidado no son objeto de estudio específico de esta investigación.

Para ello, se estudian las distintas dimensiones del trabajo efectivamente realizado por las trabajadoras en sus prácticas laborales cotidianas. El énfasis del estudio está en analizar cuáles son los requerimientos técnicos del empleo en función del contenido del trabajo efectivamente realizado, entre los que se encuentran los grados de responsabilidad, autonomía, riesgos laborales y competencias laborales específicas ligadas al puesto de trabajo, para mejorar la comprensión en torno a la cualificación asociada al trabajo remunerado de cuidados en domicilio.

Objetivos específicos

1) Analizar el contexto sociopolítico y en particular el impacto de las políticas públicas para el abordaje de la dependencia y sus cuidados en la cualificación asociada al empleo de cuidados en domicilio en los servicios de atención y acompañamiento en Barcelona y Montevideo que enmarcan a ambas ciudades durante el período 2009-2010 en el cual fue llevado a cabo el trabajo de campo para el relevamiento de la evidencia empírica. Para ello se examinan específicamente la incidencia de las políticas públicas, los modelos de atención en domicilio y las características del servicio de atención en domicilio a nivel del contenido del trabajo de cuidados en domicilio y de las condiciones técnicas y laborales que lo enmarcan. El análisis de las dimensiones a nivel macrosocial (las políticas públicas, los modelos de atención y las regulaciones a nivel del servicio provisto por empresas u organizaciones de la sociedad civil) es necesario no solo para contextualizar el problema de investigación, sino también para explicar cómo estas afectan al trabajo efectivamente realizado por quienes en él se ocupan y qué incidencia tiene esto en la cualificación en ambos contextos estudiados. Asimismo, si bien el foco está puesto en el período histórico mencionado, se incorpora el análisis de algunos rasgos vinculados a las matrices de protección o bienestar social que han incidido históricamente en la configuración de las políticas públicas —existentes o ausentes— orientadas a abordar el fenómeno de la dependencia y sus cuidados en ambos casos analizados y de cómo estos impactan en la configuración de los servicios de atención provistos en el domicilio de las personas en situación de dependencia.

2) Analizar las características del contenido del trabajo efectivamente realizado por las trabajadoras en ambos casos de estudio para examinar los requerimientos y las exigencias técnicas ligadas al puesto de trabajo de cuidados en domicilio y que son concebidos como aspectos vinculados a la cualificación asociada al puesto de trabajo. En concreto, entre los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo se examinan específicamente los niveles de responsabilidad y autonomía, así como los riesgos laborales y las competencias laborales específicas requeridas por quienes se desempeñan laboralmente en este tipo de

empleo. Asimismo, se analiza el papel de la formación en cuidados como fuente de adquisición de las competencias técnicas por parte de las trabajadoras.

3) Identificar y analizar los mecanismos de desvalorización del trabajo remunerado de cuidados en domicilio que operan en distintos niveles: el simbólico, vinculado al tratamiento y actitudes de usuarios/as y entorno hacia las trabajadoras que prestan la atención directa, y el material, ligado a sus condiciones laborales. Ello, bajo la óptica de que existen mecanismos de desvalorización del trabajo femenino que operan en la producción y reproducción de la invisibilización de los requerimientos técnicos asociados al empleo de cuidado en domicilio.

A su vez, cabe señalar que el segundo y el tercer objetivo de investigación se orientan en conjunto a analizar si existe un desajuste entre los requerimientos técnicos derivados del contenido del trabajo efectivamente ejecutado por las trabajadoras y la concepción socialmente construida de la baja cualificación asociada al puesto de trabajo y, en última instancia, a contribuir al análisis y debate sobre cuál es la definición más ajustada sobre el nivel de cualificación ligado al puesto de trabajo de cuidados en domicilio.

CAPÍTULO 1.

ENFOQUE TEÓRICO

Introducción

El presente capítulo se orienta a analizar las distintas aproximaciones conceptuales sobre el cuidado en tanto actividad humana y, en particular, de este como actividad laboral o trabajo remunerado, así como respecto a su valoración social. En este sentido, examina los abordajes y sentidos otorgados desde la academia, focalizándose en las implicancias de la tradicional e histórica feminización de la actividad de cuidados en las sociedades industriales occidentales. En esta línea, se examinan los principales abordajes teóricos e investigaciones empíricas originados, fundamentalmente, a partir de los estudios y enfoques feministas sobre el trabajo femenino en general y el cuidado, así como sus distintas conceptualizaciones y caracterizaciones.

Por otro lado, se analizan los abordajes teóricos vinculados a los Estados de bienestar para contextualizar y situar los modelos de atención y cuidados en ambas ciudades en el que se enmarca el empleo de cuidado y su cualificación que es objeto de estudio. En esta línea, se examinan los enfoques que abordan la dimensión de género para analizar las implicancias y condicionamientos que plantean los diseños político-institucionales —es decir, las políticas públicas y los regímenes o modelos de bienestar social detrás de ellas—, con especial énfasis en aquellos orientados al abordaje de la dependencia y sus cuidados respecto al contenido del trabajo remunerado de cuidados en domicilio enmarcado en los servicios de atención y las condiciones laborales asociadas al mismo en ambos casos de estudio.

Finalmente, se examinan los principales enfoques sobre la cualificación —el sustancialista y el relativista—, para desarrollar y adoptar una visión más integral de la cualificación que contemple sus aspectos centrales. Es decir, se adopta una posición que integra los aspectos vinculados a los requerimientos técnicos asociados a la perspectiva sustancialista, teniendo en cuenta la perspectiva relativista, que concibe que su definición es el resultado o producto de una construcción social que no escapa a la incidencia de estereotipos de género y conflictos de poder entre los actores sociales.

1.1. Trabajo y empleo de cuidados: aproximaciones conceptuales y antecedentes de investigación

El concepto de cuidado y sus distintas aproximaciones teóricas

La responsabilidad sobre el cuidado de personas en situación de dependencia —niños, niñas, adolescentes, personas adultas y adultas mayores con problemáticas de salud o personas con discapacidades físicas o mentales— ha sido interpretada como una condición que define a las mujeres como sujetos sociales (Graham, 1983), a la par que ha sido concebida como una limitante para el desarrollo de estas en relación con otras áreas de sus vidas (laboral, profesional, política, recreación, crecimiento personal, etcétera).

Los primeros desarrollos teóricos en torno al cuidado se orientaron hacia el estudio de la naturaleza de la actividad de cuidados y la identificación de sus características propias y más comunes. Uno de los primeros aspectos que fue destacado estuvo ligado a cómo dicha actividad y la responsabilidad sobre esta reforzaban la posición desventajosa de las mujeres al interior del hogar y en la sociedad en general. Así, fueron abordados los aspectos relacionales del cuidado, vinculándolo al trabajo doméstico no remunerado y a los servicios personales provistos en el marco de las relaciones sociales del matrimonio y el parentesco. Las precursoras Finch y Grooves (1983) y Waerness (1984) abordaron el análisis del cuidado no remunerado e informal realizado al interior de las familias. Daly y Lewis (2000) plantean que dichas investigaciones contribuyeron al propósito analítico feminista conducido a visibilizar la especificidad y exclusividad de la actividad de cuidado y su feminización. Estas pioneras investigaciones buscaron dar cuenta de que el cuidado familiar no remunerado no solo había sido tradicional e históricamente llevado a cabo por las mujeres de forma no remunerada, sino que se encontraba inherentemente definido y constituido por las relaciones sociales que lo enmarcaban. Relaciones sociales que han tendido a caracterizarse por lazos personales de obligación, compromiso, confianza y fidelidad y la consecuente obligación social y personal de las mujeres a responsabilizarse de manera casi exclusiva por el cuidado de las personas en situación de dependencia (niños, niñas, adolescentes, enfermos, ancianos, maridos, etc.) al interior de los hogares. Diversas investigadoras estudiaron de forma específica la relación entre el cuidado y el género femenino. Hochschild (1983) sostuvo que la imagen y el ideal del cuidado estaban ligados a lo femenino —a lo «naturalmente

femenino»—, al igual que lo que argumentaba Waerness (1984) y posteriormente Cancian y Oliker (2000).

Waerness (1984) fue pionera en plantear que la adscripción de las funciones de cuidado a las mujeres, además del incuestionable hecho de que solo las mujeres pueden tener hijos, se fundaba en una percepción de que la mujer es más intuitiva y emocional que el hombre, razón por la cual poseía una «inclinación natural» para el cuidado. Asimismo, Hochschild captura la dualidad del cuidado al definirlo como un «vínculo emocional, usualmente recíproco entre el dador de cuidado y la persona cuidada, en el cual la persona cuidadora se siente responsable por el bienestar del otro y realiza trabajo mental, emocional y físico para satisfacer dicha responsabilidad» (1995: 333).

Sin embargo, a lo largo de las últimas veinte décadas el concepto académico del cuidado fue madurando. En este sentido, Daly y Lewis (2000), y anteriormente Graham (1991), buscaron incorporar en su análisis el estudio de las formas no familiares y remuneradas de cuidado realizadas en el hogar con el fin de lograr que el concepto integrara aspectos relativos a las relaciones de clase y raza, conjuntamente con aquellas de género. Los trabajos teóricos de Gilligan (1982) y Tronto (1993), resaltaron la importancia del cuidado como una relación y la interconexión e interdependencia que lo caracteriza. Tronto (1993), por su parte, distinguió conceptualmente las nociones de «estar pendiente de alguien» (*caring about*), de «hacerse cargo del cuidado de alguien» (*taking care of*) y de «brindar y recibir cuidado» (*care-giving* y *care-receiving*).

Daly y Lewis (2000) sostienen ha habido dos corrientes principales a la hora de analizar el cuidado. Al respecto, entienden que una de ellas se ha focalizado en los aspectos relacionales del objeto de estudio (Finch y Groves, 1983; Waerness 1984; Graham, 1991 y Thomas, 1993) y otra se ha centrado en la comparación de las provisiones o servicios vinculados al cuidado (Leira, 1992; Evers y Svetlik, 1993 y Ungerson 1997). Según Daly y Lewis (2000), algunos estudios posteriores se orientaron al análisis de la forma en la cual el cuidado reposa sobre los intersticios de las dicotomías más interesantes en el corazón de la provisión social. En esta línea sitúan a Leira (1992), quien atrajo la atención sobre cómo el estudio del cuidado podía incorporar el análisis de la responsabilidad estatal respecto a su provisión en los distintos tipos de regímenes de bienestar, así como cuál debería ser el papel del mercado y de las familias en este. Esta autora planteó la cuestión de cómo el cuidado ha sido provisto tanto de forma no remunerada como remunerada y en relación con esta última, bajo un formato contractual o no contractual.

Más allá de los desarrollos conceptuales antes mencionados, la noción de cuidado como actividad y el esfuerzo teórico por analizar sus distintas formas y formatos fue objeto de estudio específico de varias académicas. En esta línea, James (1992) analizó las diferencias entre el cuidado doméstico y familiar —no remunerado y usualmente llevado a cabo por las

mujeres del hogar— y aquel provisto en la esfera pública y desarrollado de manera remunerada y en la órbita del cuidado de la salud y sus organizaciones con normas y regulaciones laborales específicas. Posteriormente, Davies (1995), desarrolló un concepto más acabado de trabajo remunerado de cuidado (*caring work*), que comprendía una amplia de trabajos caracterizados por las relaciones interpersonales que se estructuraban en torno a diversas configuraciones. En este sentido, diferenció tres grandes tipos de cuidado: *caregiving*, *carework* y *professional care*. Por un lado, dar cuidado (*caregiving*) hace referencia a la actividad de cuidado en general que se orientada hacia la provisión de cuidado como actividad en términos generales con independencia de quién, como y en que condiciones sea realizada. El concepto de *caring work*, utilizado para denominar a la actividad de cuidado en general, ya había sido definido por Graham (1983) como la atención física, mental y emocional del otro que supone estar comprometido/a en el crecimiento y la curación del otro/a. Es un sinónimo de estar ahí para el otro y una definición que fusiona el amor y el trabajo. La actividad de cuidado concebida como trabajo remunerado (*carework*) abarca a todo el abanico de trabajos remunerados de cuidados no profesionales, ya sea ligado a personas en situación de dependencia o no. Por último, el denominado cuidado profesional (*professional care*) refiere al trabajo remunerado de cuidado llevado a cabo de manera profesional. En vinculación con dicha tipología, el concepto de «brindar cuidado» manejado por Davies, es similar al propuesto con anterioridad por James (1992), en tanto hace alusión al cuidado que es realizado de forma no remunerada, al interior de las redes de apoyo de la familia y las amistades, es decir el cuidado familiar, informal (no profesional) y no remunerado. Por ello, el concepto de *carework* elaborado por Davies alude a la variedad de trabajos remunerados en el sector de servicios personales, entre los que se incluye el trabajo de cuidado realizado en el sector de la economía informal. Su noción alude a un abanico amplio de trabajos tales como asistentes de cuidados en el propio hogar, en centros de atención diurnos o residencias o las propias ayudas en torno al cuidado en el hogar realizadas por empleadas domésticas o cuidadoras de niños y niñas remuneradas, los cuales tienen una serie de características comunes. Entre ellas, ser trabajos exclusivamente femeninos y que, por lo general, se llevan a cabo fuera de cualquier marco regulado de formación y capacitación o en relación con sus condiciones de trabajo, así como también que son asociados a bajos estatus sociales y malas remuneraciones. El denominado *carework*, se caracteriza, según James, por ser realizado en condiciones de aislamiento de otros/as cuidadores/as, pero donde pueden ser posibles los intervalos del y en el cuidado por parte de quien lo lleva a cabo. A su vez, la concibe como una actividad altamente demandante en términos de exigencia física y emocional para quien se dedique a ello.

En contraposición al trabajo remunerado de cuidados o *carework*, el «cuidado profesional» (*professional care*) está ligado, según Davies, a una forma de trabajo de cuidado

realizado exclusivamente de forma regulada (por contrato laboral) y llevado a cabo por aquellos/as que recibieron una formación sistemática y formal. En este sentido, la profesionalidad asociada al trabajo de cuidado, está fundamentalmente relacionada a la formación específica y técnica, así como a la mayor regulación de la actividad laboral de acuerdo a contratos preestablecidos. Por esta razón el tipo de cuidado profesional que ejemplifica como paradigmático bajo esta categoría es el de los y las enfermeras.

Respecto al cuidado concebido como trabajo remunerado, Davies sostiene que su esencia es la atención comprometida (*committed attending*), algo que no puede ser fácilmente traducido a un conjunto identificable de tareas específicas. Sin embargo, argumenta que es la observación profunda y constante que un cuidador/a realiza diariamente lo que guía su accionar y trabajo cotidianos. En este sentido, durante la ejecución de la atención comprometida nada es predecible por adelantado y la incertidumbre es un rasgo característico del cuidado que exige la flexibilidad de respuesta continua por parte de quien lo lleva a cabo.

Posteriormente, Glucksman (2006) argumentó que la mayoría de los abordajes sociológicos tienen en cuenta que cualquier actividad puede ser realizada bajo variadas formas socioeconómicas, tales como formales e informales, vinculadas al mercado privado o público, al Estado o al sector sin fines de lucro, etc. En esta línea, sostuvo que dichas formas no solo indican que la actividad analizada sea —o no— un trabajo remunerado, sino que afectan a sus propias bases constitutivas, es decir cómo esta es entendida y valorada, así como las implicancias emocionales de estos últimos aspectos para los distintos actores sociales en ellas involucrados. Bajo este supuesto, sostiene que el cuidado constituye una actividad que puede ser simultáneamente realizada o concebida como trabajo o no, así como puede ser llevada a cabo por amor o por dinero (Graham, 1991), arraigada en o diferenciada de otras relaciones (afecto, obligación, deber), en diversos grados. Sin embargo, entiende que en el ámbito doméstico las negociaciones y los arreglos sobre el cuidado cotidiano a ser provisto se centran en el deber y en las responsabilidades de género y parentesco (Ungerson, 1987). A diferencia del cuidado llevado a cabo en el ámbito privado, las diversas formas de provisión de cuidado en el ámbito público se caracterizan por regirse por regulaciones y arreglos institucionales específicos.

Es preciso mencionar que Daly y Lewis (2000) desarrollaron un concepto de cuidado amplio al que denominaron como «cuidado social», a través del que lo abordan como una actividad en un sentido amplio, procurando dar cuenta de su complejidad e incorporando a su análisis el conjunto de relaciones desarrolladas en la intersección de las relaciones entre el Estado, mercado, familia y sector voluntario en su provisión. Para estas, el cuidado social refiere a un concepto multidimensional que incluye el cuidado concebido como trabajo, el cuidado y sus fundamentos normativos y el cuidado como actividad que acarrea costos.

La primera dimensión alude al cuidado como trabajo, lo cual lleva a prestar atención tanto al trabajo de cuidado como a la actividad de cuidado en general. En esta línea, sostienen que resaltar el cuidado en tanto actividad trabajo no solo enfatiza al cuidado como verbo o acción, sino a las/os cuidadores como actores. Ello permite, además, comparar el trabajo de cuidado con otras formas de trabajo. A su vez, abordar el cuidado como una forma particular de trabajo lleva a centrar la atención sobre las condiciones en las que este es llevado a cabo. La segunda dimensión es la normativa y hace alusión al marco en el cual se dan la obligación y responsabilidad por el cuidado, en la medida en que este tiende a ser iniciado y provisto bajo condiciones sociales o relaciones familiares y responsabilidades. Por ello, se centran en los aspectos sociales de las relaciones de cuidado y en el rol del Estado, tanto en lo que tiene que ver con el debilitamiento como fortalecimiento de las normas existentes en relación con el cuidado. La tercera dimensión tiene que ver con la concepción del cuidado como una actividad que acarrea costos, tanto financieros como emocionales, que se extienden tanto en el ámbito público como privado. De esta manera, el concepto tridimensional del cuidado elaborado por Daly y Lewis, hace posible definir al cuidado social como las «actividades y relaciones involucradas en la satisfacción de necesidades físicas y emocionales de un adulto o niño dependiente y los marcos normativos, económicos y sociales bajo los cuales el cuidado es definido y realizado» (2000: 285).

Esta investigación examina el cuidado como actividad laboral remunerada, teniendo en cuenta las categorías analíticas construidas por Davies, quien distingue el trabajo remunerado de cuidado (*carework*) y el trabajo remunerado de cuidado de tipo profesional (*professional carework*) del cuidado concebido como actividad no remunerada, sin adoptar *a priori* una posición teórica al respecto. Estas categorías orientan el análisis del trabajo de cuidados en domicilio remunerado y su cualificación. Más específicamente, analiza el trabajo de cuidados remunerado desarrollado en el domicilio de las personas dependientes usuarias de un servicio que provee atención en domicilio, razón por la cual se enmarca en un contrato laboral establecido entre quienes se ocupan en el puesto de trabajo y quienes proveen dicho servicio, que tanto en el caso barcelonés como el montevideano son empresas y organizaciones de la sociedad civil. Por ello, la siguiente sección se centra en analizar los distintos abordajes teóricos sobre el cuidado concebido como actividad laboral remunerada, para precisar y explicitar las posiciones teóricas que se asumen y guían el curso de la investigación, iluminando la interpretación de la evidencia empírica recabada.

La conceptualización de la actividad de cuidado concebida como trabajo remunerado y su valoración social

El estudio de los antecedentes teóricos sobre la concepción del trabajo como actividad humana, y sus formas de organización y valoración, requiere distinguir las perspectivas acerca de la noción de trabajo de aquellas centrada en su valoración social.

De acuerdo con Supervielle (2010), los abordajes teóricos pueden ser diferenciados en cuatro grandes enfoques que, en cierta medida, se han sucedido en el tiempo, primordialmente combinándose y no sustituyéndose entre sí. Por un lado, el trabajo entendido como esfuerzo o sacrificio como abordaje que dio surgimiento del concepto de trabajo. En segundo lugar, el trabajo concebido como actividad profesional, cuyo origen es gestado en la época antigua y que adquiere mayor relevancia en durante la Reforma Protestante, culminando, más adelante con el proceso de secularización en la modernidad y constituyéndose como fundamento de los Estados de bienestar. Por otro lado, la concepción del trabajo como mercancía desarrollada por Smith y Marx que aparece en los siglos XVII y XIX, complementa los anteriores enfoques. Por último, el trabajo concebido como resolución de problemas, de acuerdo a los planteos de Newel y Simon (1972) de mediados del siglo XX y que tiende a imponerse en la actualidad (Tripier, 1999).

El estudio del trabajo remunerado de cuidados en domicilio aquí analizado, y su cualificación, requiere ir más allá de los distintos abordajes en torno a la noción de trabajo concebida como actividad humana y su valoración social: es necesario distinguirla del concepto de empleo. Al respecto, de acuerdo con Artilés y Köhler (2006), la diferenciación entre ambos conceptos no puede comprenderse al margen de su contextualización histórica, caracterizada por la revolución industrial y el proceso de transformación del trabajo que culmina con su secularización como factor de producción en la máquina industrial. En este marco, de acuerdo con los autores, el trabajo adquirió una nueva dimensión abstracta como tiempo, como actividad unitaria divisible en unidades mensurables en intervalos y en dinero. Se constituyó así como factor de producción y, al mismo tiempo, como una relación contributiva en virtud de la cual quedan vinculados el individuo y la sociedad. Asimismo, se personificó en una figura social, la del trabajador/a libre, despojado de las ataduras gremiales y feudales, claramente diferenciado de la esfera doméstica, gobernado por el mercado y determinado por factores ajenos a su utilidad concreta (Offe, 1984). Con la Revolución Industrial se estableció la distinción entre trabajo y empleo, dando al último un rango superior de actividad socialmente reconocida y remunerada. En esta línea, sostienen que la «sociedad del trabajo» se formó a lo largo del siglo XIX sobre la base del trabajo asalariado para ganarse la vida (empleo). El trabajo-empleo como combinación entre mercado y

ocupación es la forma del trabajo «normal» en la modernidad, las instituciones (familia, empresa, administración, legislación), las normas (valores ético-morales), la ordenación del tiempo y del espacio social aportan el marco y el fundamento de esa forma social del trabajo. La culminación de esa forma fue el Estado keynesiano de la posguerra con su política de pleno empleo como eje central.

Más allá de la contextualización histórica sobre la conceptualización del trabajo y su organización social, el concepto de empleo que desarrollan Artiles y Köhler (2006) se basa en la definición de Blanch Ribas, que alude a una modalidad de trabajo enmarcada y regulada por una relación contractual de intercambio mercantil, que tiene naturaleza jurídica y que es establecida de manera pública y voluntaria entre la persona contratada y la persona u organización contratante. Por ello, consideran que trabajo y empleo son conceptos diferentes: uno amplio y genérico denominado «trabajo» y otro limitado y preciso denominado «empleo», relacionado con el mercado de trabajo. Así, entienden que el empleo se ha convertido en una norma social en la época fordista del capitalismo, basándose en Prieto (1999). En tanto norma social consolidada en el siglo XX, consideran que el empleo no es cualquier actividad remunerada, sino que implica un contrato indefinido a tiempo completo, un salario familiar, una regulación legislativa, un convenio colectivo, es decir, una relación laboral regulada sociopolíticamente.

Con relación a las aproximaciones teóricas sobre la valoración social del trabajo en tanto actividad humana, Vatin (2008) plantea que existen dos perspectivas centrales. Por un lado, la visión de tipo mecánica o ingenieril, a partir de la cual el trabajo es concebido como gasto o esfuerzo, ligada a lo que Supervielle (2010) define como primer abordaje sobre el concepto de trabajo antes mencionado. Desde esta óptica, la fuerza o gasto asociada al trabajo se corresponde con la cantidad de acción que los hombres (y mujeres) llevan a cabo para realizar su labor cotidiana, y el esfuerzo físico en torno a este es el parámetro que define su valor. Por ello, la medición o cuantificación del trabajo se hace a partir del cálculo del tiempo requerido para la realización de las tareas automáticas y repetitivas asociadas al trabajo. Por otro lado, la segunda perspectiva sobre la valoración del trabajo se basa, según Vatin (2010), en un modelo biológico de este y de su organización. Este enfoque pone en evidencia la dualidad del concepto de trabajo: trabajar es a la vez producir o «realizar» y gastar(se). En este sentido, existen dos cuestiones clave que diferencian el trabajo de los hombres (y mujeres) del resto de los animales: el efecto que puede producir el uso de la fuerza aplicada a una máquina y la fatiga de la persona al producir dichos esfuerzos. De acuerdo con el autor, la producción y el desgaste son expresiones de una misma grandeza física: el producto (efecto útil del trabajo) no es para él sino una fracción del trabajo total gastado (de la fatiga que exige el trabajo).

Sin embargo, ninguna de las perspectivas anteriores planteadas por Vatin permite analizar los esfuerzos asociados a las cargas psicológicas y emocionales tan comunes en los empleos de atención directa a personas y, sobre todo, de aquellos de cuidados de personas en situación de dependencia en el que se centra esta investigación. Por ello, se adopta una tercera perspectiva de carácter sociológica en relación con la concepción de la valoración del trabajo. Esta perspectiva asume que la valoración del trabajo se construye socialmente, es decir, que está permeada por los conflictos e intereses de distintos colectivos a través del tiempo y con variaciones en función de los contextos sociales, políticos y culturales. Se entiende que la conceptualización así como la valoración del trabajo son construcciones sociales.

Diversas investigaciones académicas vinculadas al estudio del trabajo reproductivo típicamente femenino a lo largo de los ochenta y noventa se tornan imprescindibles para el análisis de la dimensión de género en torno al concepto de trabajo remunerado de cuidados y su valoración social. Estos enfoques posibilitan analizar las implicancias de la feminización del sector de servicios personales y, en concreto, del trabajo remunerado de cuidados a nivel de sus características y sus condiciones laborales, y también problematizar distintos conceptos en torno al problema y objeto de estudio.

Diversas investigaciones se han orientado al estudio del trabajo femenino, haciendo visibles las desigualdades de género vinculadas al mercado de trabajo en las sociedades occidentales industrializadas. Estas se aproximaron al análisis de las tareas domésticas en primer lugar, para luego abordar aquellas vinculadas al cuidado personal de las personas o miembros del hogar, ambas concebidas como actividades que tradicional e históricamente estuvieron a cargo de las mujeres de manera no remunerada (Benería, 1981). Así, los trabajos remunerados relativos al mantenimiento del hogar y al cuidado de sus miembros fueron denominados como «empleos de proximidad» (Fraise, 1979). Asimismo, en la década de los ochenta comienza a utilizarse el concepto de trabajo familiar en sustitución al de trabajo doméstico (Balbo, 1978) para dar cuenta de las transformaciones que convirtieron lo que otrora era un trabajo reproductivo no remunerado ligado al ámbito doméstico en un trabajo relacional realizado fuera del propio ámbito familiar y de manera remunerada.

Más allá de las diferencias en las perspectivas teóricas, gran parte de las investigadoras e investigaciones sobre el trabajo típicamente femenino, la mayoría de ellas concuerda en que uno de sus rasgos distintivos es su desvalorización social en general y, en particular, si este es comparado con los trabajos y sectores ocupacionales de predominancia tradicional e históricamente masculina. La desvalorización del trabajo típicamente femenino respecto al masculino constituye una de las principales diferencias de género respecto al mundo del trabajo.

En sintonía con ello, Kaplan (1987) fue precursor en plantear la desvalorización de las actividades tradicionalmente femeninas respecto a las masculinas. Argumenta que en las modernas sociedades industrializadas la creencia más común en relación con las características esenciales asociadas al trabajo es que este consiste en una actividad por la cual se es remunerado y, por ello, cualquier esfuerzo que se haga (aunque sea arduo o implique capacidades y competencias) para que sea reconocido como útil, valorado socialmente y reconocido como trabajo, requiere que sea remunerado. El concepto de trabajo y su valoración está influenciado por el entendimiento de tres elementos que forman parte de una concepción popular (*folk conception*) que continúa moldeando nuestras creencias: las diferencias entre la actividad pública y privada, la importancia de la recompensa financiera, y los efectos del género en el juicio sobre la legitimidad o valor de aquella actividad denominada como trabajo. En esta línea, sostiene que cualquier reconocimiento de una actividad como trabajo le otorga una fuerza moral y dignidad a algo que se considera importante para la sociedad. A partir de esto, argumenta que en las economías regidas por el dinero, como las de las sociedades occidentales industrializadas, el reconocimiento en relación con el valor de hacer algo es el pago o remuneración, siendo este una señal de la creencia en que la sociedad necesita que algo sea realizado. Existe una separación idealizada del trabajo del hogar y una fuerte distinción entre el mundo público predominantemente masculino y el mundo privado tradicionalmente concebido como ámbito femenino. En acuerdo con Kaplan, autores como Cancian y Oliker (2000), consideran que las raíces históricas de las creencias culturales sobre el género y la actividad laboral en las sociedades contemporáneas están vinculadas a la separación de la esfera privada del cuidado familiar del de la esfera pública del trabajo remunerado y de la órbita estatal. En este punto, la esfera privada de las relaciones familiares ha sido el dominio tradicional de las mujeres, de las que se esperan cualidades naturalmente femeninas tales como ser emocionales y colocar las necesidades de los otros en el primer lugar. Por el contrario, la esfera pública, dominada tradicionalmente por hombres, supone actitudes u orientaciones impersonales y competitivas, asociadas a la naturaleza propia de los hombres.

Cancian y Oliker (2000) añaden a su análisis que diversas transformaciones sociales⁷ —entre las que se destacan la incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral y al sistema educativo a partir de los sesenta y setenta, lo que condujo a que en la década de los

⁷ Los autores sostienen que a finales del siglo XIX la antigua concepción colonial sobre la familia basada sufrió alteraciones a medida que la economía industrial floreció y todas las clases sociales se movieron hacia un nuevo tipo de familia en la que se le atribuía a los hombres el rol de ganadores de pan *male-breadwinners*, trabajando fuera del hogar y previendo al hogar de recursos para su sustento material y a las mujeres el de amas de casa *homemakers* o trabajadoras del hogar. A raíz de ello tanto el carácter, así como el significado del trabajo al interior del hogar o en el ámbito familiar y privado experimentó cambios. Ya a finales del siglo XIX solo las madres más pobres trabajaban fuera del hogar y la mayoría de las mujeres continuaban en los modos preindustriales, haciéndose cargo de las tareas reproductivas que giraban en torno al cuidado de niños y niñas, personas ancianas o discapacitadas y enfermas.

noventa el modelo *male-breadwinner/female-homemaker*, si bien se convirtió en los hechos en una realidad cada vez menos frecuente, no dejó de tener relevancia en el imaginario colectivo a través de las representaciones sociales (modelos de familia, roles de género, etc.)— condicionan las políticas públicas diseñadas e implementadas a lo largo de las últimas décadas. Dicho modelo supuso no solo nuevos roles sociales —el del hombre ganador de pan y el de la mujer ama de casa como su complemento—, sino que los salarios percibidos fuera del hogar se convirtieron en una medida social del trabajo en la sociedad industrial y el trabajo de las amas de casa, no remunerado, se tornó invisible desde la óptica del mercado laboral en sintonía con lo argumentado anteriormente por Kaplan (1987).

Aún en la actualidad, las diferencias de género y los estereotipos asociados al mismo, continúan incidiendo en las orientaciones formativa⁸ (y la posterior segmentación horizontal del mercado de trabajo) y en las características de las trayectorias laborales de las mujeres (segmentación vertical del mercado de trabajo donde las mujeres acceden a puestos de peores condiciones laborales que los varones y experimentan una mayor predisposición a la interrupción del trabajo a raíz de la responsabilidad moral y social casi exclusiva de los cuidados tanto durante las fases de maternidad u de cuidado de otras personas dependientes del hogar). Al respecto, Longo (2009) y Nicole-Drancourt (1994) sostienen que las persistentes desventajas de las mujeres en el mercado de trabajo no pueden ser explicadas únicamente por la estructura o la dinámica del mercado. En este sentido, se considera que las dimensiones culturales entre las que se encuentran las relaciones de poder, de género, las representaciones sociales sobre el trabajo y los roles y estereotipos asociados a varones y mujeres, condicionan las prácticas sociales. En particular, los estereotipos de género se despliegan y operan tanto a nivel de la estructura y dinámicas del mercado laboral, así como operan en la formación de creencias y deseos de los actores interviniendo en la construcción de las propias biografías de los y las trabajadores/as. De acuerdo con Longo (2009) y Daune-Richard (1995) los estereotipos de género también inciden en la definición y valoración de las calificaciones —o cualificación— asociadas a los distintos tipos de trabajos y empleos, dando lugar a un concepto de tecnicidad del que se nutre la definición de la cualificación, vinculado al estereotipo masculino de control de la naturaleza.⁹ Dichos estereotipos inciden

⁸ Longo argumenta que la relación subjetiva que se construye en torno a la actividad laboral tiene un fuerte sesgo de género y que las diferencias en las trayectorias laborales entre varones y mujeres «se explican más por la predisposición a la actividad y las representaciones acerca del empleo que poseen dichas mujeres, que por las grandes tendencias del mercado laboral, de las políticas públicas o las estrategias empresariales» (2009: 135). Los estereotipos de género intervienen en la formación de creencias y deseos y por ende condiciona la predisposición y comportamiento de los agentes a nivel individual a la hora de construir sus trayectorias formativas y laborales.

⁹ Al respecto, Daune-Richard sostiene lo siguiente: «la oposición entre el polo de las representaciones sociales que asocia lo masculino a la técnica y el control de la naturaleza y que conjuga lo femenino a lo natural y la sumisión de la naturaleza. Si la tecnicidad, en tanto que simboliza un poder sobre la naturaleza, se asocia a lo masculino y al trabajo calificado, los servicios, definidos por lo relacional, son excluidos de

también a nivel del accionar público (políticas públicas y normativas laborales) así como en las empresas y sus prácticas institucionales.

Los estereotipos de género son concebidos como aquellas nociones «culturalmente construidas a partir de la diferencia sexual que imprimen al hecho de ser mujer o varón de significaciones precisas e incluyen los atributos y las conductas socialmente deseables para cada sujeto» (Longo, 2009: 119). Estos modelos o estereotipos de género son fruto de la histórica y tradicional división sexual del trabajo, a partir de la cual se ha asignado históricamente y culturalmente a las mujeres la responsabilidad por el cuidado del ámbito privado y esfera doméstica y reproductiva, valorado socialmente como inferior a las actividades típicamente masculinas llevadas a cabo en el ámbito público.

Finalmente, con relación a las aproximaciones teóricas sobre las formas de desvalorización del trabajo típicamente femenino, Quiñones (2009) plantea que bajo el paradigma taylorista de producción y concepción del trabajo vigente aún en la actualidad, el trabajo —y su valoración— está ligado a aspectos formales relativos a la organización técnica y social asociados al puesto de trabajo. Argumenta que las características masculinas y femeninas bajo este modelo de producción y organización taylorista del trabajo son atribuidas al puesto de trabajo, por lo cual la discriminación de las mujeres se experimenta de manera previa al acceso al empleo y realizada mediante la distribución de los sexos en diversos sectores de actividad (la construcción como bastión de la masculinidad y la industria textil de la feminidad), fenómeno descrito como segregación horizontal de género en el mercado laboral. Sin embargo, en el modelo posfordista de organización de la producción y del trabajo, y en particular con la emergencia del sector servicios en las economías modernas, la naturaleza del trabajo requiere de la movilización de competencias orientadas a atender a las personas, los imprevistos y o resolver problemas. Por ello, la definición de las competencias laborales quede atada a los procesos de formalización tradicionales que toman como punto de referencia la identificación de un dominio o ámbito de atribución sin integrar en su análisis los aspectos informales e implícitos en la organización técnica y social del trabajo, su reconocimiento y valoración estarán sujetos a descripciones engañosas o a representaciones sociales discriminantes. En este sentido, plantea que las competencias solo pueden ser visualizadas o visibilizadas al concebir que el trabajo se desarrolla en interacción con el trabajo de otros/as (interacciones fácticas, cognitivas, emocionales, etc.), realizadas entre actores sociales (individuos o grupos) y herramientas (tecnológicas o de gestión) en una situación temporal dada y en contextos más o menos limitados en vistas a la modificación material o simbólica de un producto.

una representación en términos de tecnicidad y son vistos como pertenecientes a un universo de trabajo dónde se solicitan algunas cualidades inherentes a la naturaleza femenina» (1995: 137).

Quiñones (2009) sostiene que a partir de variados estudios empíricos sobre las competencias en situaciones reales de trabajo y desde una mirada interaccionista del fenómeno,¹⁰ es posible identificar un conjunto de mecanismos invisibilizadores del trabajo y de las competencias asociadas a este. Así, distingue distintos mecanismos de categorización e invisibilización del trabajo, los trabajadores/as y las competencias laborales asociadas. Entre dichos mecanismos, destaca aquel denominado «invisibilización por la creación de no personas» y lo concibe como un mecanismo que se produce en los casos en que el resultado del trabajo es visible para la persona contratada y para la contratante pero la persona contratada es invisible. Asimismo, argumenta que es un mecanismo que suele expresarse en aquellas circunstancias en que existe una fuerte diferencia de estatus y de poder entre empleado/a y empleador/a (como es el caso del servicio doméstico y otros trabajadores en servicios de proximidad) y en situaciones en las que la definición del trabajo «bien hecho» descansa en la valoración subjetiva del empleador/a. Otro de los mecanismos señalados por Quiñones es el denominado «invisibilización por inmersión en un contexto». En este caso, los propios trabajadores/as si bien son visibles, el trabajo que realizan es invisible. Este tipo de mecanismo suele ejemplificarse a través del caso de las enfermeras, que si bien tienden a ser muy visibles como trabajadoras, gran parte del trabajo de cuidado que realizan en el marco de sus prácticas laborales cotidianas se hace invisible. Es decir que sus competencias laborales asociadas al cuidado y por ende gran parte del trabajo que llevan a cabo es dado como por sentido o naturalizado y, por tanto, no se protocoliza. Dicha invisibilización y su falta de protocolización están asociadas a la ausencia de reconocimiento y valorización. Por otra parte, Quiñones hace referencia al mecanismo de invisibilización por naturalización de conocimientos. En esta línea, el mecanismo opera mediante la concepción de que los conocimientos o comportamientos asociados al trabajo son «naturales», propios o comunes en la vida cotidiana de todas o ciertas personas y que estos no requieren ser aprendidos, dado que se adquieren espontáneamente durante el proceso de socialización de las personas, la influencia del entorno social o las socializaciones diferenciadas por razón de género.

¹⁰ Tilly y Moss (2001) son autores de referencia de la perspectiva interaccionista, ya que desarrollan un abordaje para analizar las desigualdades sociales. Según ellos, las «desigualdades categoriales», son producidas a través de un proceso cultural, mediante el cual se separa o diferencia a las personas en clases o categorías a partir de algunas de sus características biológicas o sociales. Consiste en un proceso por el cual se establecen límites entre los grupos, sobre cuya base se crean y reproducen estigmas (Goffman, 1970), atribuyéndosele cualidades a los actores sociales que se encuentran en uno u otro lado, respecto a dichos límites. Según Tilly y Moss, las categorías se definen a partir de «... un conjunto de actores que comparten un límite que los distingue de al menos otro conjunto de actores visiblemente excluidos por ese límite y los relaciona con ellos. Una categoría simultáneamente aglutina actores juzgados semejantes, escinde conjuntos de actores considerados desemejantes y define relaciones entre ambos» (2001: 75). A su vez, dichas categorías no son solo un conjunto específico de personas o un grupo de atributos inconfundibles, sino que hacen referencia a relaciones sociales estandarizadas y móviles. Los límites pueden separar categorías internas o específicas de una organización o grupo o diferenciar y distinguir categorías externas que son comunes a toda la sociedad (blanco-negro, hombre-mujer).

Ahora bien, diversos abordajes teóricos y empíricos se han centrado específicamente en el análisis del trabajo remunerado de cuidados. Estos abordajes se analizan a continuación, con el propósito no solo de analizar la literatura especializado sobre el tema objeto de estudio, sino de avanzar hacia una clarificación conceptual que ilumine el análisis de la evidencia empírica recabada.

La conceptualización del trabajo remunerado de cuidados: características y dimensiones del análisis

En primer lugar, con relación a las conceptualizaciones que se centran en el estudio de las características o los rasgos distintivos del trabajo remunerado de cuidados, diversos autores (Waerness, 1984; Hochschild, 1998; Cancian y Oliker, 2000; England, 2005; entre otros), comparten la idea de que existe una creencia generalizada de que el cuidado en tanto actividad de carácter reproductivo y típicamente femenina, es desvalorizada socialmente. Al respecto, Cancian y Oliker (2000) plantean que existen dos ideas comúnmente aceptadas en torno a la actividad de cuidados y que son reflejo de dicha desvalorización. La primera de ellas es que el cuidado es algo que las mujeres saben hacer de manera natural y espontánea, y la segunda es que la sociedad hace del cuidado una responsabilidad exclusivamente femenina. Respecto a esto, sostienen que los ideales y las prácticas de cuidado son moldeadas por las experiencias sociales a través de los distintos ciclos de la vida y lo que han aprendido sobre las diferencias de género. Por ello, argumentan que el cuidado está moldeado por patrones sociales, como los ideales culturales del cuidado que han imperado en las sociedades occidentales.¹¹

Autores como Kaplan (1987) y Davies (1995) sostienen que la escasa valoración social de la actividad de cuidado es mayor y más evidente cuando esta es llevada a cabo de forma

¹¹ Las autoras argumentan que estos patrones de cuidado emergen en el siglo XIX, se desarrollan y convierten en una concepción muy influyente en la actualidad. Constituye, asimismo, una idea que moldea inclusive los patrones y pautas familiares, los derechos de los y las ciudadanas, y los comportamientos y las regulaciones en el ámbito laboral, condicionando no solo la calidad del cuidado provisto, sino las elecciones de hombres y mujeres sobre los ingresos y los arreglos o formas de proveer cuidado. Desde una perspectiva histórica argumentan que, mientras que el lugar de trabajo predominante fue el ámbito familiar, tanto padres como las madres brindaban el cuidado a los miembros del hogar como parte de su trabajo o labor diaria. Sin embargo, con la introducción del comercio colonial, comenzó a cambiar el significado del trabajo. De forma creciente, la noción de trabajo empezó a ser definida por las asociaciones como aquel vinculado a su comercialización en el mercado, y las laborales que permitían la subsistencia familiar no categorizadas como «trabajo» sino como tareas domésticas. Por ello, la distinción entre trabajo y tareas domésticas, plantea una definición diferenciada según el género, en tanto reemplaza la división sexual del trabajo, que en otra época era concebida como trabajadores pero especializados en diferentes tareas. En el contexto de este cambio, la labor productiva de la mujer que seguía siendo crucial para la familia, pasó a ser concebida como una actividad pero sin el mismo valor que el trabajo vinculado realizado fuera del hogar por el cual era percibida una remuneración. Una vez que el trabajo de cuidado en el hogar dejó de ser concebido como trabajo, el valor del cuidado disminuyó.

remunerada sin estar sujeta a control o regulación burocrática, tal como lo constataba Waerness (1992) en su investigación sobre las trabajadoras domésticas remuneradas.

Diversos autores sostienen que la escasa valoración social del cuidado se traspolo al ámbito de las profesiones del sector de cuidados, que se caracterizan por ser apenas reconocidas y valoradas¹² (Gomez Bueno, Daune-Richard, 1995; Cameron y Moss, 2007; Torns *et al.*, 2009; Recio, 2014, entre otras). Sin entrar en la discusión teórica sobre cómo se construyen y consolidan las profesiones —que no es objeto de esta investigación—, cabe señalar al respecto que Abbot (1988), en su estudio sobre las profesiones relacionadas con los cuidados a las personas, defiende que las características que definen a estas profesiones están muy condicionadas por la relación que se establece entre el trabajo remunerado y el no remunerado. En esta línea, argumenta que la consolidación e institucionalización de este tipo de profesiones se determina a partir del tipo de relación entre el empleo y el trabajo doméstico y familiar, y de acuerdo al contexto político y económico que influye la capacidad de incidencia de los actores sociales para negociar y delimitar el estatus en torno a estas profesiones (Evertsson, 2000; Hugman, 1991). Según Recio (2014), en el caso del sector de cuidados, la vulnerabilidad de los actores (personas dependientes y cuidadoras) da cuenta de los déficits en su proceso de profesionalización. En este sentido, afirma que, por un lado, no existe la demanda social de más y mejores servicios de atención y soporte a la dependencia y, por el otro, las personas que trabajan en este sector disponen de las condiciones materiales de existencia necesarias para reivindicar la profesionalización de su trabajo.

La desvalorización del trabajo típicamente femenino y del de cuidados en particular suele reflejarse en las malas condiciones laborales que estos empleos suelen tener. England (2005), al analizar la literatura especializada, distingue cinco grandes enfoques en función de los argumentos esbozados para explicar el fenómeno de la desvalorización de la actividad laboral de cuidados, sobre en relación con su baja o escasa remuneración. En primer lugar, el enfoque de la devaluación (*devaluation*) del cuidado, que enfatiza el sesgo cultural que limita tanto los ingresos como el soporte del Estado hacia el trabajo de cuidados debido a su asociación con las mujeres. Esta perspectiva responde a la pregunta de por qué las mujeres tienen baja remuneración en relación con su demanda de cualificación. Por otra parte, el enfoque del bien público (*public good*), focalizado en los beneficios indirectos del trabajo de cuidado que benefician al resto de las personas y no solo a quienes reciben dicho cuidado. En esta línea, se pregunta cuáles son los beneficios del trabajo de cuidado para dar respuesta a por qué es tan difícil para los/as trabajadores/as del cuidado ser remunerados de acuerdo

¹² En el caso europeo, Torns *et al.* (2014), argumentan que dichas profesiones casi nunca fueron promovidas en el marco de las políticas de empleo a nivel europeo, así como tampoco contempladas como piezas clave de las políticas de bienestar en dichos países, a pesar de que fueran reconocidas por la Unión Europea (UE), como uno de los diecisiete yacimientos de empleo y de que formara parte de las recomendaciones europeas para impulsar la conciliación de la vida laboral y familiar.

con los beneficios públicos que acarrea su provisión. En tercer lugar, el enfoque denominado «prisionero del amor» (*prisoner of love*), centrado en las motivaciones altruistas y las recompensas intrínsecas del trabajo de cuidado y cómo esto conduce a que los/as trabajadores/as acepten la baja remuneración, ofreciendo así una explicación sobre esta. En cuarto lugar, el enfoque de la comodificación de las emociones (*commodification of emotion*) plantea que el trabajo de servicio realizado de manera remunerada fuerza a los/as trabajadoras a alienarse de sus verdaderos sentimientos y que con la penetración del capitalismo global aumenta la brecha de cuidado entre quienes lo reciben y quienes no pueden acceder a él. Esta perspectiva no explica por qué estos empleos son peor remunerados en relación con el resto, sino que amplía la visión sobre la experiencia de cuidado de lo/as trabajadores/as. Se diferencia del enfoque *prisionero del amor* al focalizarse en la recompensa intrínseca del altruismo y concebir al trabajo de cuidado como más alienante que otro tipo de trabajos. En último y quinto lugar, el enfoque amor y dinero (*love and money*), que rechaza el dualismo que asume que los mercados son inherentemente pervertidos por el egoísmo y los motivos altruistas corruptos, asumiendo que las familias, las organizaciones de la sociedad civil y los grupos informales son fuentes de genuino cuidado. El enfoque *amor y dinero* se sitúa en contra del enfoque *prisionero del amor* porque plantea que la baja remuneración no es necesariamente el resultado de la recompensa altruista del trabajo. En contraposición al enfoque de la *comodificación de las emociones*, rechaza la idea de que el trabajo que involucra el cuidado es inherentemente más alienante que otro tipo de trabajos. Según England, tanto el enfoque de la devaluación, el del bien público como el prisionero del amor, comparten la idea de que la baja remuneración de estos trabajos provoca la inadecuada oferta de trabajo de cuidado.

La tradicional e histórica desvalorización social de los cuidados en tanto actividad predominantemente femenina tiene efectos en la valorización, categorización y definición de su estatus social en tanto trabajo remunerado en la actualidad. Dicha desvalorización social está ligada a otro de los aspectos que caracterizan a la actividad de cuidados en general: su invisibilidad (Kaplan, 1987; James, 1992; Davies, 1995, entre otros). Por ello, diversas perspectivas se han orientado a examinar cómo se encuentra estructurada y qué esfuerzos y requerimientos técnicos trae aparejado el trabajo de cuidados. Una forma de promover su visibilidad es denominar y caracterizar al conjunto de la fuerza laboral dedicada al trabajo de cuidados. Davies (1995) y Cameron y Moss (2007) aluden a la fuerza de trabajo en cuidados (*carework force*) como aquellos/as trabajadores/as remunerados/as en el sector de los cuidados a niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y discapacitados. Dicha fuerza de trabajo constituye, según estos autores, un grupo grande y creciente de ocupaciones en diversas subáreas como la enfermería y el trabajo de cuidado de niños en el hogar o de personas ancianas o discapacitadas, la cual se encuentra fuertemente feminizada.

En un intento por visibilizar y comprender qué implica y caracteriza a los trabajos remunerados de cuidados en relación con su contenido, Folbre (1990) define este tipo de trabajo remunerado como aquellos servicios basados en la interacción personal sostenida (frecuentemente a través de la relación cara a cara), motivados por la preocupación por el bienestar del otro/a. Según autores como Recio (2014) y Torns *et al.* (2014), en términos generales, el contenido de los trabajos remunerados de cuidados está íntimamente ligado a un imaginario social que concibe estos empleos como un *continuum* del trabajo doméstico y familiar no remunerado. Ello limita las posibilidades de mejora de las condiciones laborales y reconocimiento de la cualificaciones asociadas a este tipo de empleos.

En cuanto a las características ligadas al contenido específico del trabajo remunerado de cuidados, James (1992) plantea que el cuidado como actividad en general, y como actividad laboral remunerada en particular, se caracteriza por poseer dos componentes principales: el trabajo físico y el trabajo emocional. Señala que el componente o la dimensión más fácilmente identificable o visible del cuidado es el trabajo físico asociado a este, dado que las tareas físicas realizadas por quienes cuidan proporcionan por lo general un calendario y un marco de estructuración al cuidado provisto. Las tareas físicas relacionadas con el cuidado asociadas al diario vivir de las personas dependientes —como su alimentación e higiene, así como tratamientos y curas en los casos necesarios— han tendido a ser concebidas como centrales en los trabajos remunerados de cuidado realizados al encontrarse enmarcados en políticas, protocolos y estándares que regulan su ejecución. Por ello, sostiene que, tanto en el ámbito doméstico como público, listar y establecer un calendario para las tareas asociadas al trabajo físico demandado en la actividad de cuidados, formal e informalmente, suele ser una manera de organizar y regular el trabajo a ser realizado de manera explícita. Por otro lado, el trabajo emocional es, según James (1992), la parte más dura y difícil del cuidado, así como también es su componente o dimensión más invisibilizada. Sin embargo, es preciso señalar que la primera investigadora en definir el concepto de trabajo emocional fue Hochschild, quien hizo referencia a este como actividad que «requiere inducir o suprimir sentimientos en orden de mantener la expresión externa que produce cierto estado de ánimo en los otros, en este caso, el sentirse cuidado de una forma agradable y segura» (1983: 7). El trabajo emocional es, según esta mirada, la conjunción de varias formas del trabajo de las emociones por parte del trabajador/a en el contexto de los empleos remunerados de atención directa a personas. En este tipo de ocupaciones el buen trato hacia las personas es exigido para quienes lo desempeñan, lo que requiere de la adaptación de sus propios sentimientos y emociones a la expectativa del buen trato y el comportamiento neutro ante las demandas y reacciones de las personas atendidas.

La noción de trabajo emocional da cuenta y hace visible cómo las emociones y su expresión deben ser activamente creadas y manejadas por las y los trabajadores en el

contexto de las interacciones sociales vinculadas a los variados procesos de trabajo involucrados en el desempeño en el puesto de trabajo. Así, el trabajo de las emociones o el «trabajo emocional», requiere que el o la trabajador/a, lleve adelante estrategias para crear, modificar o alterar las expresiones vinculadas a sus propias emociones en el curso de las relaciones e interacciones en las situaciones cotidianas de trabajo. Dicha definición está en la línea de concebir que es precisa la coordinación de la mente y el sentimiento de manera tal de crear una «máscara» o un blindaje especial respecto a los propios estados emocionales y su la forma en qué estos son exteriorizados. Supone la capacidad de manejar los estados emocionales propios y sus expresiones en las situaciones de trabajo, así como lidiar con las emociones y las cargas emocionales derivadas del mismo en la vida personal del trabajador/a. Lo que distingue al trabajo emocional (*emotional labour*) del trabajo de las emociones (*emotion work*) en la concepción de Hochschild (1983), es que el primero se realiza exclusivamente a cambio de una remuneración y está guiado por los imperativos y las normas de la organización o empresa.¹³ Es así que el trabajo emocional está sujeto al control y supervisión de las emociones por parte de la empresa o instituciones en el marco de las cuales son provistos variados servicios personales. La autora introduce la idea de que el trabajo emocional tiene consecuencias negativas para los y las trabajadores/as. En esta línea, al estudiar el trabajo realizado por azafatas de una aerolínea, constató que estas carecían de autenticidad, pérdida de sentimientos, disminución de la autoestima, así como padecían frecuentemente del síndrome de *burnout* (o quemazón emocional, en castellano).

Soares (2012) sostiene que el trabajo de cuidado se caracteriza por poseer varias dimensiones, además de la física y emocional desarrolladas por James y Hochschild: la cognitiva, la sexual y la relacional. La dimensión cognitiva tiene que ver con los conocimientos y saberes involucrados en la actividad de cuidar. La sexual tiene que ver con el contacto corporal con el otro, presente en actividades como la higiene o la colocación de sondas. La dimensión relacional del cuidado es aquella relativa a las cualificaciones sociales necesarias para la interacción con el otro, como la capacidad de mantener el equilibrio en la interacción, en tanto aspecto importante para preservar la comunicación y la escucha. La capacidad para no perder la calma a lo largo del tiempo está ligada a la atención que debe ser prestada al otro/a.

A nivel del contenido del trabajo, Davies (1995), plantea que otra de las características generales asociadas a los trabajos remunerados de cuidado de personas es que son altamente demandantes, en tanto implican lidiar con la incertidumbre asociada a la imprevisibilidad y gravedad de las situaciones que suelen emerger cotidianamente en la vida de quienes son

¹³ El trabajo emocional se distingue por tres aspectos, según Hochschild (1983). En primer lugar, requiere del contacto cara a cara o voz a voz con el público. En segundo lugar, exige que el trabajador/a produzca un estado emocional en la otra persona. En tercer lugar, permite al empleador, a través de entrenamiento y supervisión, ejercitar el grado de control sobre las actividades emocionales de los y las empleados/as.

cuidados. Argumenta que la «eficacia» y la «calidad» relativa a la ejecución y al desempeño de quienes se ocupaban en este tipo de empleos depende de cuán competentemente son resueltas cada una de las situaciones y los problemas cotidianos en el marco del servicio provisto. Por ello, la eficacia del trabajo realizado suele depender de la valoración subjetiva de distintas personas que reciben el servicio.

Respecto a las aproximaciones conceptuales relativas al trabajo específico de cuidados en domicilio, Davies (1995) y Recio (2014) sostienen que este se caracteriza, a diferencia de otro tipo de empleos de cuidados, por el aislamiento y la consecuente soledad en el ámbito laboral que padecen quienes en él se ocupan respecto a otros trabajadores/as o personal asociado a los servicios.

Por último, otro de los aspectos que han sido abordados en relación con las características de los trabajados remunerados de cuidados está ligado al estudio de los riesgos laborales específicos asociados a estos. El estudio de dichos riesgos, se centra sobre todo en aquellos derivados de la alta carga emocional implícita en este tipo de ocupaciones.¹⁴ Hochschild (1983) sostiene que, a diferencia del trabajo arquetípico en el modelo industrial moderno, los trabajos remunerados que implican la atención directa a usuarios o clientes, ya sea bajo la modalidad cara a cara o voz a voz, dada su naturaleza relacional, exponen en mayor medida a sus trabajadores/as a las consecuencias negativas o costos asociados al trabajo emocional. Plantea que, cuando la expresión emocional es parte esencial del servicio provisto durante largo tiempo por el o la trabajador/a, suele generarse una separación entre la expresión de los sentimientos fingidos y los sentimientos realmente vivenciados internamente. Cuando ello sucede, el principio de disonancia emocional, análogo al de la disonancia cognitiva, comienza a operar y mantener la disonancia emocional entre lo que se siente y lo que se finge por largo período provoca estrés. Las personas tienden a reducir dicho estrés al procurar acercar ambas cuestiones, cambiando lo que sienten o lo que fingen sentir. Cuando una determinada expresión es requerida en el puesto de trabajo, es usualmente el sentimiento el que tiene que cambiar y cuando las condiciones nos extrañan respecto a nuestras caras también nos extrañan también respecto a lo que sentimos. Al estudiar los riesgos laborales asociados al trabajo emocional, al centrarse en los servicios

¹⁴ Si bien existen distintas perspectivas sobre la cuestión de los riesgos laborales, las cuales no son objeto de esta investigación, resulta interesante aquella que adopta Pucci (2004), al concebir al riesgo laboral en tanto producto de la actividad humana la cual abre la posibilidad para la reflexividad subjetiva entre los actores sociales involucrados en su gestión. En esta línea, considera que la gestión del riesgo puede comprenderse como un sistema de interacción en el cual las referencias comunes deben construirse alrededor de la aceptabilidad del riesgo en situaciones de configuración variable, según las diferentes exigencias técnicas del trabajo. Por ello, la aceptabilidad del riesgo se construye a partir de la situación de interacción que define las incertidumbres y las expectativas, pero donde también intervienen los valores y los códigos de creencias de los actores confrontados a recorridos sociales muy diferentes. Al respecto, considera que un aspecto determinante para comprender la presencia de riesgos en un sector productivo es analizar las características de su proceso de trabajo, planteando que las nuevas formas de organización del trabajo incorporan el riesgo como componente permanente del proceso productivo, en la medida en que trabajar implica resolver problemas.

personales de atención directa a clientes o usuarios, argumenta que el riesgo laboral más habitual es el denominado síndrome de quemazón emocional.¹⁵

Diversos autores (Brotheridge y Grandey, 2002; Zapf, 2002; Ortega y López, 2004) señalan que gran parte de los estudios empíricos constatan que los y las trabajadoras en el sector de servicios y cuidados, intensivos en trabajo emocional en condiciones de baja autonomía en el trabajo o que implican un alto grado de involucramiento, tienden a ser más propensos experimentar *burnout* que aquellos en otros sectores ocupacionales (Cherniss, 1993; Schaufeli *et al.*, 1993; Leiter y Maslach, 1988; Jacobson, 1986). Asimismo, la probabilidad de padecer este tipo de riesgo laboral se incrementa con la intensidad y la duración del esfuerzo emocional implicado en los distintos tipos de trabajos. En este sentido, Zapf sostiene que los y las trabajadoras ocupadas en empleos con un fuerte componente relacional y de atención y tratamiento de personas —sobre todo aquellos vinculados a la atención directa a clientes o a servicios personales—, plantean mayores riesgos laborales asociados a la sobrecarga emocional.

La definición más consensuada entre los investigadores es la que aportaron estas autoras, quienes conceptualizaron el *burnout* como el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). De acuerdo con Ericksson y Ritter (2001), constituye una respuesta a las demandas de un trabajo estresante a nivel interpersonal (Cordes y Dougherty, 1993). Entre los aspectos que lo determinan están los vinculados a la alta carga emocional asociada a los distintos trabajos que se caracterizan por la intensidad e intimidad de las interacciones humanas. En esta línea sus resultados empíricos muestran que el *burnout* es sensible a las demandas de trabajo y, en particular, a las demandas interpersonales (Codes y Dougherty, 1993).

Brotheridge y Grandey (2002) y Ortega y López (2004) concuerdan en que el *burnout* se desarrolla principalmente en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas y se compone de tres grandes dimensiones o síntomas: agotamiento o cansancio emocional que puede manifestarse física o psíquicamente vinculado a una sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás; despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; y, por último, la baja realización personal o logro que se

¹⁵ De acuerdo con Ortega y López (2004), el primero en utilizar el concepto de *burnout profesional* fue Freudenberger (1974) quien lo definió como la sensación de agotamiento emocional, decepción y pérdida de interés por el trabajo, como un síndrome que afecta fundamentalmente a los profesionales que trabajan con personas. Posteriormente, Maslach y Jackson (1986) utilizaron el mismo término para referirse al proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social.

caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

El *burnout* ha sido persistentemente asociado a consecuencias psicológicas y afectivas negativas en quienes lo padecen (Burke y Greenglass, 1995; Cherniss, 1993; Maslach y Leijter, 1998), así como también resultados negativos a nivel organizacional, tales como el aumento de la rotación del personal y de la intención de dejar el trabajo, actitudes negativas hacia el trabajo y reducción de los niveles de desempeño (Cameron *et al.*, 1996; Jacobson, 1986; Lee y Ahfroth, 1996). Más específicamente, según Ortega y López (2004), las variables organizacionales consideradas en los estudios relevados sobre *burnout* han sido el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad. Señalan que los resultados de la investigación han mostrado que cuanto más positivo es el clima laboral (Cuevas, O'Ferrall y Crespo, 1998), el bienestar (Escribá *et al.*, 2000) y la satisfacción laboral (Cherniss, 1993; García *et al.*, 2000; Graham *et al.*, 1996; Lim y Yuen, 1998; Lozano y Montalbán, 1999; Zurriaga *et al.*, 2000), menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo. Con relación al grado de autonomía que los profesionales pueden percibir en su puesto de trabajo, la baja autonomía suele estar asociada a su aparición en determinadas profesiones como la de las enfermeras (González *et al.*, 1999). Por otro lado, la ambigüedad del rol, entendida como la incertidumbre entre las exigencias de la propia tarea y los métodos con los que debe ser ejecutada, parece favorecer el desarrollo del *burnout* (Gil-Monte, 2001; Lozano y Montalbán, 1999; Moreno y Peñacoba, 1996). El mismo tipo de relación se produciría en el caso de la falta de reciprocidad de rol, en el sentido de que el personal sanitario podría percibir que tanto los pacientes como la organización no los recompensan de manera proporcional a lo que ellos dan (Gil-Monte, 2001). Por otro lado, el apoyo social mantendría en el caso del *burnout* su efecto de amortiguador de las consecuencias del estrés, establecido también para otros tipos de estrés (Cohen *et al.*, 1985; Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Folkman y Lazarus, 1985; Gil-Monte, 2001; Iverson, Olekaslins y Erwin, 1998, Koniarek y Durek, 1996). Otros aspectos que han sido relacionados en estudios con este problema son el número de horas de trabajo, el tipo de contrato y el tipo de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto como oncología infantil, cuidados paliativos o hematología (Gil-Monte, 2001). Turnipseed *et al.* (1994) investigan sobre la relación entre el *burnout* y el ambiente de trabajo e identifican la influencia de diversas variables psicosociales (cohesión entre los compañeros, estructura de la organización, comunicación y presión en el trabajo) que contribuyen al síndrome de estar quemado.

En síntesis, el trabajo remunerado de cuidados de personas en situación de dependencia en domicilio enmarcado en el servicio público de atención en el caso barcelonés, así como en el servicio privado en el montevidiano, es analizado y concebido como un empleo en los términos definidos por Artiles y Köhler (2006), en tanto consiste en un trabajo remunerado y regulado por un contrato de trabajo entre las empresas u organizaciones proveedoras-prestadoras del servicio y las trabajadoras que lo ejecutan. Se concibe como un empleo en la medida en que, más allá de desarrollarse en el ámbito privado del domicilio, está regulado por un contrato de trabajo y por pautas y condiciones ligadas a la prestación del servicio.

Aunque no se caracteriza por una formación sistemática o formal específica de quienes ejecutan la atención directa del servicio de atención podría ser concebido como un híbrido entre lo que Davies denomina como trabajo remunerado de cuidado (*careworkforce*) y el trabajo profesional remunerado de cuidados (*professional care*).

El trabajo remunerado de cuidados en domicilio que se analiza, si bien comparte un conjunto de rasgos comunes asociadas al contenido del trabajo y sus dimensiones centrales (física y emocional) en ambos casos analizados, presenta características diferenciales en función de la particularidades asociadas a cada servicio, así como a nivel de las condiciones de trabajo que lo en cada contexto de estudio. No obstante, en ambos casos, dicho empleo y el puesto de trabajo ligado al mismo, consiste en brindar un servicio cara a cara basado en la asistencia y soporte a personas en situación de dependencia para que estas puedan llevar a cabo las actividades básicas de su vida cotidiana en sus propios domicilios.

Este tipo de empleo, y el puesto de trabajo asociado con este, comparte junto con otras formas de trabajo femenino de carácter reproductivo (James 1992; Kaplan, 1987; Davies, 1995), la invisibilización del esfuerzo que su ejecución involucra así como los requerimientos técnicos asociados a este y a los riesgos laborales en ambos casos analizados. Ello, a raíz, de la tradicional e histórica devaluación social del trabajo típicamente femenino de carácter reproductivo, devenida de la tradicional división sexual del trabajo y del modelo de familia hombre ganador de pan y mujer ama de casa, así como el ideal del cuidado familiar y femenino los cuales continúan siendo supuestos a partir de los que se sustentan gran parte de los regímenes de bienestar y de las políticas de cuidados en particular.

A su vez, el análisis del trabajo remunerado de cuidados en domicilio analizado asume una perspectiva conceptual integral en la medida en que incorpora el estudio de sus dimensiones (física y emocional) y características centrales (aislamiento respecto a otros trabajadores/as, altamente demandante e imprevisible, etc.), así como de los mecanismos de su desvalorización (tanto simbólicos como materiales relacionadas en parte a sus condiciones laborales) para poder captar y visibilizar la naturaleza y especificidad del mismo. Al respecto, es la dimensión física su cara visible y reconocida, mientras que la emocional es la menos

visible y valorada tanto subjetivamente (a nivel de la valoración de los actores involucrados en el cuidado) como en términos objetivos (condiciones de trabajo, explicitación de tareas concretas, etc.). En particular, si bien la dimensión emocional ha sido abordada en algunos de sus aspectos desde la literatura especializada tal como fue anteriormente desarrollado, su estudio no ha sido aplicado al análisis del trabajo remunerado de cuidados en domicilio en el marco de los servicios de atención y o acompañamiento, así como tampoco sus características e implicancias en relación con la cualificación asociada a este tipo de empleos.

1.2. Aproximaciones teóricas sobre la configuración político-institucional de la atención y los cuidados de personas en situación de dependencia

Todas las sociedades tienen una parte importante de su población viviendo en situación de dependencia. Históricamente, las agrupaciones humanas han tenido que resolver las necesidades reproductivas y de cuidados de sus miembros. Ello ha sido llevado a cabo, más allá de algunas variantes excepcionales, por las familias y fundamentalmente por las mujeres al interior de los hogares de forma no remunerada.¹⁶ Sin perjuicio de lo anterior, frente el escenario de la denominada «crisis de cuidados» (Hochschild, 1998) que caracteriza a las sociedades occidentales posindustriales contemporáneas desde hace varias décadas, el tema se ha instalado en la agenda pública y han emergido políticas públicas orientadas a abordar las situaciones de dependencia y sus cuidados.

La «crisis de cuidado» refiere a la tendencia creciente de aumento de la demanda de cuidados, a la par que la disminución de su oferta. La emergencia de este fenómeno está ligada, por un lado, al aumento de enfermedades o discapacidades asociadas al progresivo envejecimiento de la población y al consiguiente aumento de la población mayor de ochenta años, así como el aumento de los accidentes y, por ende, del incremento de las «situaciones de dependencia» a ser atendidas (Escuredo, 2007 y Rodríguez, 2010). Además, la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo, quienes tradicional e históricamente asumieron el trabajo no remunerado de cuidados en la esfera privada y en particular en el ámbito familiar, así como el surgimiento de nuevas configuraciones familiares en las que la familia nuclear crece en detrimento de la extendida (Casado y López, 2001), implican la reducción del tiempo de cuidado, otrora destinado por estas al cuidado familiar al interior de los hogares. A lo anteriormente señalado se le añade la transformación de los patrones culturales

¹⁶ Ello se constata en las encuestas de uso del tiempo y para los casos español y uruguayo

ligados a elecciones y estilos de vida más independientes (Jacobzone *et al.*, 2000) y rupturas frente a los tradicionales roles asociados al género (Bettio *et al.*, 2003).

Dichas transformaciones han conllevado a que las mujeres o bien ya no puedan o no quieran continuar asumiendo en solitario la responsabilidad por el cuidado de las personas en situación de dependencia.

Del clásico análisis de los regímenes de bienestar a los enfoques que incorporan la dimensión de género

Desde la década del sesenta hasta principios de los noventa, la investigación sobre los Estados de bienestar giró en torno a cuestiones como las transferencias sociales (sistemas de seguridad social), la estructura de los derechos sociales, los riesgos cubiertos por las medidas y los efectos de los programas de distribución de ingreso (Bettio y Plantega, 2004). Dichas temáticas y sus diferentes abordajes constituyen lo que aquí se denomina análisis clásico de los Estados de bienestar.

Uno de los autores pioneros en el análisis de los Estados o regímenes de bienestar es Esping-Andersen (1990), cuyo planteo ha actuado como disparador de una serie de reflexiones y críticas desde diversas perspectivas teóricas y metodológicas. Sin embargo, del conjunto de críticas antepuestas a su trabajo, interesa, a los efectos de esta investigación, hacer énfasis en aquellas que abordan específicamente la cuestión de género y que están ligadas al cuidado de las personas dependientes o en situación de dependencia.

Titmuss (1963) fue el primero en advertir la importancia del bienestar ocupacional y fiscal, además de aquel bienestar básico (salud, educación, etc.) en tanto dimensiones típicamente asociadas al análisis de los Estados de bienestar. La tipología de Estados de bienestar propuesta por Titmuss (1963) se focaliza en la relación entre las políticas de bienestar y el capitalismo, siendo la clase social la variable fundamental en su análisis. Asimismo, plantea la importancia del análisis del contenido de los gastos realizados al interior de dichos regímenes por sobre el del monto del gasto público (monto) destinado al bienestar, algo que es reconocido por Esping-Andersen como un avance respecto a su primera aproximación a la temática.

Una de las corrientes más críticas frente a la conceptualización desarrollada por Esping-Andersen en torno a los diversos tipos de regímenes de bienestar proviene de los análisis feministas de las políticas públicas. Algunos enfoques resaltaron la necesidad de la inclusión del análisis de la dimensión de género de las políticas públicas y los regímenes de bienestar. Según Lewis (1997), la tipología de regímenes de bienestar propuesta por dicho autor si bien invita a la reflexión, no incluye, al igual que los análisis anteriores sobre Estados

de bienestar, la dimensión de género. En esta línea, distintos enfoques feministas se han centrado en estudiar, entre otras cuestiones, cómo los supuestos relativos a los roles y comportamientos diferenciales de las mujeres y los hombres en la sociedad, a partir de los cuales se han erigido las políticas sociales, contienen un profundo sesgo de género. Esping-Andersen (1990) se focaliza en el análisis de la relación entre el trabajo y el bienestar, donde el primero es definido como trabajo remunerado y el segundo como las políticas que permiten, estimulan o desestimulan la decomodificación del trabajo. Según Lewis (1997) dicho abordaje omite la importancia del trabajo no remunerado en la provisión del bienestar y el hecho de que son las mujeres las que primordialmente han llevado a cabo el trabajo dicho trabajo al interior de los hogares. En la medida en que el análisis de Esping-Andersen hace énfasis en la configuración de relaciones entre el trabajo remunerado y el bienestar, descarta la inclusión del análisis relativo al género, lo cual es criticado desde los enfoques feministas.

Algunos autores sostienen que, si bien es posible argumentar que el sesgo de género en el trabajo remunerado se ha reducido como consecuencia del gran número de mujeres que han entrado al mercado laboral, la evidencia sugiere que la tradicional división sexual del trabajo no remunerado ha variado muy poco (Anderson, Bechoffer y Gershuny, 1994).¹⁷ Más aún, de acuerdo con Lewis (1997), el propio concepto de decomodificación manejado por Esping-Andersen tiene un fuerte sesgo de género. Langan y Oster (1991) son precursores en esbozar críticas al enfoque planteado por Esping-Andersen al sostener que, si bien en *Los tres mundos del bienestar capitalista* la decomodificación es concebida como un prerrequisito necesario para la movilización política de los trabajadores, el tipo o modelo de trabajador detrás de su propuesta conceptual es el de una persona de sexo y género masculino y su movilización depende, del sustento del trabajo femenino doméstico no remunerado, además de las políticas de bienestar. En esta línea, Bruegel (1983) plantea que la desigual división según género del trabajo no remunerado configura un conjunto de constricciones que juegan un rol fundamental (a lo largo de toda la discriminación de la fuerza de trabajo) en la determinación de la participación de las mujeres en el mercado laboral. Por tal razón, Lewis (1997) argumenta que los efectos de la decomodificación y la comodificación no son iguales para hombres y mujeres, siendo más desfavorables o desventajosos para las segundas dado que estas realizan la casi totalidad del trabajo no remunerado (doméstico y de cuidados).

Si bien el corazón de la configuración de los modernos estados de bienestar es la relación entre el capital y el trabajo, tanto las feministas (Lewis 1992), como la literatura especializada en política social y sociología (Esping-Andersen, 1990 y Crouch, 1999) han reconocido la existencia de una segunda configuración que se apoya en las diferencias entre

¹⁷ Al respecto, las encuestas del uso del tiempo en el caso español y uruguayo constatan que aún en la actualidad, la distribución del uso del tiempo continúa siendo muy desigual entre los géneros. En la comparación del tiempo destinado por las mujeres al trabajo no remunerado doméstico y de cuidados en relación con el que destinan los varones, estas suelen concentrar dos tercios del total.

los hombres y las mujeres. Al respecto, Lewis (2001) sostiene que el antiguo contrato laboral fue diseñado, en primer lugar y sobre todo, para el empleo típicamente masculino sobre la base del modelo hombre ganador de pan (*male breadwinner*), bajo el cual se erigen supuestos sobre las contribuciones diferenciales de hombres y mujeres a nivel doméstico. Los hombres con la responsabilidad primaria de ganar dinero fuera del hogar y las mujeres de cuidar a los miembros del hogar de manera no remunerada. No obstante, argumenta que la mayoría de las sociedades occidentales han experimentado una tendencia hacia la constitución de nuevos modelos de familia caracterizados por configurarse en torno a un adulto trabajador/a o un trabajador y medio (dado que las mujeres tienden a trabajar media jornada), en el que los hombres no han variado su comportamiento respecto al escaso monto destinado a los cuidados no remunerados que llevan a cabo¹⁸ (Encuesta de uso del tiempo, Instituto Nacional de Estadística [INE], España; Encuesta de uso del tiempo, Instituto Nacional de Estadística [INE], Uruguay). A partir de esto sostiene que los supuestos en los que se erigen los regímenes de bienestar no han sido sustancialmente adaptados a las nuevas realidades sociales.

Por otro lado, diversas investigadoras se han centrado exclusivamente en el estudio de los regímenes de bienestar y su vinculación específica con las políticas sociales orientadas a la dependencia y sus cuidados (Knijn y Kremer 1997; Bettio y Plantega, 2004 y Ungerson, 2005). Al respecto, Bettio y Plantega (2004) sostienen que, a pesar de que la familia continúa siendo un importante proveedor de cuidados de las personas en situación de dependencia, las políticas de los Estados de bienestar pueden apoyar o suplir los esfuerzos realizados por estas de distintas maneras, con consecuencias sociales y económicas dispares. Al caracterizar las provisiones de cuidado formal e informal, tanto aquellas dirigidas hacia las personas que necesitan cuidado (dependientes), como las que lo brindan o proveen (cuidadores), concluyen que los países europeos difieren mucho en la medida en la cual se apoyan en los servicios informales de cuidado y que dichas diferencias se deben a patrones culturales y a la historia política de los países europeos que forman parte de su estudio.

Más específicamente, Knijn y Verhagen (2007) diferencian cuatro lógicas de cuidados en el marco de los Estados de bienestar: la lógica burocrática donde los servicios públicos son el principal proveedor de los cuidados, basados en los derechos de la ciudadanía; la lógica profesional donde las personas que desarrollan su profesión en el sector se convierten en principales proveedores, en relación directa con la ciudadanía, convertida en personas usuarias; la lógica de mercado donde destaca el papel de la empresas y las relaciones con la ciudadanía, considerada como cliente, y la lógica familiar donde la familia y las relaciones de reciprocidad entre las personas que la componen marcan la pauta de atención a las necesidades de cuidados.

¹⁸ En ambos países, según las respectivas encuestas de uso del tiempo y trabajo no remunerado, las mujeres casi triplican el tiempo destinado a las tareas del hogar (domésticas y de cuidados).

Diversas especialistas destacan la relevancia de las dimensiones culturales que condicionan las opciones y estrategias de cuidados (Pfau-Effinger, 2005 y Kröger, 2001). En este sentido, plantean que los ideales de cuidado basados en los roles y relaciones de género y los modelos de familia detrás, en los que se basan los diseños institucionales que se erigen en cada sociedad para la atención a la dependencia y sus cuidados. Hochschild (1995) fue pionera en conceptualizar la noción de «ideal de cuidados» como aquellas opciones concebidas como las mejores y más adecuadas de acuerdo a los valores y pautas predominantes en cada sociedad respecto a dónde, quién y cómo deben atender las necesidades de cuidados. Letablier (2007) posteriormente, se refiere específicamente a la noción de «cultura de los cuidados», aludiendo a las representaciones colectivas acerca de quién debe o cuál es la responsabilidad de cuidar a los distintos colectivos de personas dependientes.

Más concretamente, Knijn y Kremer (1997) argumentan que los modernos Estados de bienestar han moldeado las necesidades y los derechos de cuidadores y dependientes de manera tal que han contribuido a la desigualdad de género respecto a los derechos de los y las ciudadanos/as. En este sentido, conciben el cuidado y los derechos de dar y recibir cuidados como una parte integral de la ciudadanía, dado que otrora el cuidado era concebido como parte de la obligación comunitaria y predominaba el supuesto de que este debía ser brindado por la familia y las redes sociales. Sin embargo, plantean que un concepto de ciudadanía moderno debería ir más allá del carácter sesgado en función del género que en la actualidad aún presenta el cuidado. Sostienen que debería ser un supuesto que cada ciudadano/a, tanto hombre o mujer, pueda reclamar el derecho a brindar cuidado a la gente en su contexto inmediato cuando las circunstancias lo requieran, partiendo de la base de que en la vida de cualquier ciudadano es probable que este/a deba cuidar a los hijos pequeños o en otros momentos a amigos, pareja o parientes ancianos que lo necesiten. Desde su óptica, tales demandas solo pueden ser satisfechas al costo de lo que es percibido como uno de los aspectos más vitales de la ciudadanía social: la participación laboral o en el mercado remunerado de trabajo. De esta forma, ser cuidador/a implica una reducción en el estatus de ciudadano/a. Por tal razón, proponen una conceptualización de la ciudadanía que reconozca que todo ciudadano será un cuidador en algún momento de su vida y que todos los ciudadanos han sido dependientes del cuidado en su infancia y necesitarán cuidado cuando enfermen, sean frágiles o ancianos. Así, proponen un enfoque de «ciudadanía inclusiva», con la que aluden a una ciudadanía que contemple los derechos cívicos, políticos y sociales de ciudadanos (hombres y mujeres) que si bien tienen el derecho y la obligación de participar en el mercado laboral, se reconozca asimismo, el involucramiento de los ciudadanos respecto a dar y recibir cuidado. Según las autoras, tan solo cuando el cuidado se convierte en una dimensión vital de la ciudadanía pueden tanto el cuidado como la ciudadanía no estar

sesgados según género. Una noción de ciudadanía no sesgada según género e inclusiva contiene dos dimensiones del cuidado: el derecho a tiempo para cuidar y el derecho a ser cuidado. El derecho a brindar cuidado posibilita la opción de que una persona se haga cargo de la gente que le importa, mientras que el derecho a recibir cuidado se refiere justamente al derecho a ser cuidado tanto formal como informalmente. Solo cuando ambas dimensiones son garantizadas pueden los ciudadanos (tanto los cuidadores como los dependientes) tener una opción real respecto a cómo integrar el cuidado en sus vidas (cuándo necesitan tiempo para cuidar o para ser cuidados, si requieren cuidado profesional o informal, etc.). El derecho al tiempo de cuidado reconoce que el cuidado es un aspecto que implica la interdependencia entre las personas y que es, además, una importante condición para el cuidado informal, al menos cuando no se percibe como una obligación que frustra el derecho a tomar una decisión autónoma sobre la modalidad de su provisión. En esta línea, consideran que el hecho de que el cuidado sea una actividad remunerada o no remunerada es consecuencia de elecciones políticas, creencias culturales compartidas y estructuras de género. Al respecto plantean que casi todos los Estados de bienestar han asumido la responsabilidad pública del cuidado, a pesar de que mantienen diferentes arreglos o diseños institucionales al respecto.

Las autoras consideran que la pregunta clave no es si el Estado tiene que asumir o no la responsabilidad del cuidado y asegurar a los ciudadanos el derecho a dar y recibir cuidado, sino en qué medida, a qué costo y sobre la base de qué tipo de supuestos y condiciones es dicha responsabilidad asumida. Las condiciones bajo las cuales el cuidado es brindado y desarrollado son decisivas en su calidad y por ende están vinculadas a la garantía de que los derechos puedan ser ejercidos y respetados.

Asimismo, más recientemente, Rodríguez Cabrero (2011) señala que el conjunto de los regímenes de bienestar europeo está experimentando una tendencia hacia la reconstrucción de los sistemas de cuidados basada en las tradiciones culturales, que a nivel del diseño de las políticas públicas se sustenta en una concepción conservadora de la libertad de elección ante las prestaciones sociales, orientada a familiarizar e individualizar los riesgos que supone el creciente volumen de las necesidades de cuidados.

Más allá de la conceptualizaciones en torno a los estados de Bienestar y las perspectivas orientadas a analizar el papel o dimensión de las relaciones y diferencias de género, así como los modelos de familia e ideales de cuidado en la configuración de los diseños institucionales de bienestar en general y de las políticas de cuidados en particular, es preciso examinar los abordajes en torno a las especificidades de los modelos que enmarcan el estudio de la cualificación asociada los servicios de atención o acompañamiento en los casos analizados: Barcelona, enmarcada en el modelo de bienestar español de tipo mediterráneo, y Montevideo, en el modelo de Estado social uruguayo. En esta tarea se centra la siguiente sección.

Los modelos de bienestar y las políticas de atención a la dependencia en los casos español y uruguayo

Los modelos o regímenes de bienestar o sociales en los países y ciudades que forman parte de los casos a través de los cuales se analiza la cualificación asociada al trabajo remunerado de cuidados en domicilio en el marco de los servicios de atención o acompañamiento en dicho ámbito en esta investigación, requieren ser examinados a la luz de sus características principales, dado que estos enmarcan a las políticas específicas de atención a la dependencia y sus cuidados (ya sea que estas existan o no), lo cual impacta, a su vez, en la oferta de servicios de cuidados y las opciones de cuidado de las que dispongan las personas en esta situación de cuidados.

Al respecto, para el caso español, es preciso examinar las conceptualizaciones en torno al modelo de bienestar que enmarcan las políticas de atención a la dependencia y, en particular, SAD que regula el empleo de cuidados en domicilio objeto de estudio. Para ello, en primer lugar, se analizan las características generales asociadas al denominado modelo de bienestar español, para luego examinar los rasgos de las políticas vinculadas a la atención a la dependencia y sus cuidados.

En general, los expertos/as coinciden en caracterizar al régimen de bienestar español dentro del modelo mediterráneo, a raíz del papel central de la familia en la provisión de bienestar y la consecuente debilidad de la red de servicios sociales (Bettio *et al.*, 2006 y Lyon y Gluksmann, 2008). Este tipo de régimen no solo se caracteriza por la importancia de la familia en la provisión del bienestar, sino también por el trabajo informal que de ello se encarga, siendo esta mayormente fuerza de trabajo inmigrante contratada como servicio doméstico (Martínez Buján, 2010 y Krüger y Jiménez, 2013). En línea con ello, Bettio y Plantega (2004), al comparar los regímenes de bienestar europeos respecto a sus formas de proveer cuidados, sostienen que una de las principales características de los regímenes de Europa del sur o mediterráneos, entre los que se ubica el caso español (además de Irlanda), es que presentan mayor intensidad en cuidados informales, por oposición a la provisión sostenida por el cuidado formal, lo cual se condice con la importancia que la familia tiene en estas sociedades. Al apoyarse fuertemente en el cuidado informal de las familias, una de las consecuencias sociales y económicas a nivel del diseño institucional para el abordaje de las situaciones de dependencia de este tipo de modelos de bienestar, radica en mayores riesgos de inhibición de la participación laboral femenina. En contraste con esto, la provisión pública de servicios tiende no solo a incrementar la demanda de trabajadores/as de cuidado formales, sino facilitar la emergencia de patrones de participación de las mujeres en el mercado de trabajo a jornada completa.

A su vez, otras especialistas que analizan los Estados de bienestar de tipo mediterráneo de tradición «familiarista» (Daly y Lewis, 2000; León *et al.*, 2005; Borràs, Moreno y Recio, 2006 y Martínez-Buján, 2010), llegan a similares conclusiones a las arribadas por Bettio y Plantega (2004), al sostener que las opciones en torno a la reconciliación del trabajo remunerado con el cuidado no remunerado de las mujeres son relativamente escasas y costosas o percibidas como ofertas de inferior calidad del cuidado, cuyo resultado es que muchas mujeres asumen la responsabilidad del hogar y de los cuidados de forma no remunerada, en vez de buscar un trabajo remunerado.

Respecto a las razones por las cuales los Estados de bienestar mediterráneos tienen un abordaje político-institucional basado en los cuidados informales provistos por las familias, algunas autoras lo vinculan a la tradición del catolicismo social, a partir del cual dar y recibir cuidado es concebido como un asunto de reciprocidad entre las personas y que se define a partir de la naturaleza de la constitución en un conjunto de relaciones sociales (Daly, 1999) basadas en la solidaridad familiar y, en particular, de la de las mujeres al interior de las familias.

Por otro lado, con relación con la política de atención a la dependencia y sus cuidados en el caso español, Recio (2014) señala que su análisis requiere una breve aproximación al diseño de los servicios sociales, ya que constituyen el marco general donde se ha situado la atención a la dependencia. Ello más allá de que la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), marca un punto de inflexión en el desarrollo de un sistema público destinado a cubrir las necesidades de cuidados de la población dependiente, en la medida en que define diversas cuestiones asociadas a la política de carácter público y universal. En primer lugar, reconoce el derecho subjetivo a los cuidados para las personas en situación de dependencia, así como hace énfasis en la necesidad de desarrollar servicios de cuidados y su consiguiente profesionalización. Asimismo, establece la cartera de servicios y prestaciones económicas directas y regulando las condiciones de acceso a esas prestaciones en función del grado de dependencia de las personas.

Más allá de esto, los servicios sociales en España, que constituyen el marco general regulatorio en el que se inserta la LAPAD, se han caracterizado por tener bajo nivel de gasto público, así como por asentarse sobre el desarrollo de políticas asistencialistas donde la responsabilidad por la provisión del bienestar ha recaído fundamentalmente en el trabajo informal de las mujeres adultas de las familias (Recio, 2010). En línea con ello, Torns *et al.* (2014) señalan que la expansión de un modelo universalista en España, semejante al de otros Estados del bienestar más desarrollados, ocurrió a la par del incremento de las presiones ideológicas a favor de una política económica monetarista y de cesión de poder al capital privado (Rodríguez Cabrero, 1998). En sintonía con lo anterior, si bien el régimen de

bienestar español tiende al universalismo (en áreas como las pensiones, sanidad y educación) mantiene características propias de un régimen de carácter asistencialista y familiarista, asociadas al modelo de bienestar mediterráneo, sobre todo en materia de servicios sociales. Miguélez y Recio (2010) describen el caso español como un modelo de bienestar híbrido de política ambivalente, dado que si bien en el se desarrollaron propuestas políticas de carácter socialdemócrata, también se desplegaron políticas neoliberales tendientes a reforzar el modelo mediterráneo, donde las familias se erigen como las principales instancias proveedoras de bienestar (y por ende de cuidados).

Uno de los aspectos que distingue a los servicios sociales en el caso español, y, en el marco de ellos, a las prestaciones asociadas a la Ley de Dependencia, es su descentralización a nivel de las comunidades autónomas. Sin embargo, tal como lo señala Recio (2013), Cataluña no cuenta con una ley o normativa específicas que regule el tema de la dependencia. Por ello, desde la aparición de la LAPAD en el 2006, la política pública orientada a la población dependiente se nutre de la aplicación de dicha ley a nivel estatal. Sin embargo, los servicios y las prestaciones vinculados a la ley que se han implementado, han contado con la infraestructuras y formas de hacer propias las comunidades autónomas de existencia previa a la aprobación de dicha ley.

Otro de los rasgos que caracterizan a la política pública en materia de dependencia es que a partir de la LAPAD, se reconoce el derecho de elección entre el servicio profesional o la prestación monetaria de las personas dependientes. Esta medida tiene implicancias en cómo el cuidado es provisto, tanto a nivel institucional como en el ámbito domiciliario, a raíz de que, tal como lo señalaba Ungerson (2005), las opciones monetarias destinadas al pago de cuidadores informales suponen peores condiciones sociolaborales para quienes se ocupan en los empleo de cuidados en el marco de servicios públicos con mayor regulación técnica y laboral.

Según Martínez Buján (2011) las transferencias monetarias previstas en la LAPAD para el pago de cuidadores informales ha facilitado el financiamiento de la economía sumergida y la contratación de trabajadoras del servicio doméstico para llevar a cabo los cuidados fundamentalmente al interior de los hogares. En línea con ello, Rodríguez (2010), plantea que el modelo de cuidados de personas dependientes en el caso español no solo está fuertemente apoyado en el trabajo remunerado informal —característica analizada por diversos autores (Cachón, 2003; Naldini y Saraceno, 2008 y Martínez Buján, 2010)—, sino que es llevado a cabo fundamentalmente por mujeres inmigrantes. En este sentido, sostiene que la mercantilización de los cuidados realizado por personas inmigrantes, constituye una respuesta inmediata y específica ante la ausencia de otras alternativas que solucionen la demanda de cuidados de las familias (Glucksman y Lyon, 2006; Borràs, Moreno y Recio, 2006; Bettio *et al.*, 2003 y Castelló, 2008).

Otra de las características del modelo de bienestar español que se traslada a la política pública para el abordaje de la dependencia tiene que ver con la creciente prestación de servicios públicos (Alemany, 2003; Recio, 2014 y Torns *et al.*, 2014) por parte de las entidades mercantiles y del tercer sector social a partir de los noventa.

En lo relativo al análisis del caso uruguayo, es preciso situarlo en el contexto de los regímenes o modelos de bienestar o sociales de América Latina. Martínez Franzoni (2008), afirma que Uruguay se encuentra entre los países latinoamericanos dentro del conglomerado al que denomina «estatal-proteccionista». ¹⁹ Dicho modelo se caracteriza por mantener vigentes cierto conjunto de rasgos intervencionistas asociados al modelo de sustitución de importaciones. El caso uruguayo, se diferencia, según la autora, del «estatal-productivista» en el que predomina un tipo de Estado que tiende a ser funcional a las demandas del mercado y que, en todo, se orienta a compensar sus deficiencias mediante las políticas públicas correctoras. Asimismo, se diferencia del régimen de tipo familiarista, caracterizado por una escasa desmercantilización asociada a la informalidad en el que el papel de las entidades no estatales asumen grados de asignación autorizada de los recursos proveyendo servicios sociales que compensan la ausencia o insuficiencia de las políticas públicas.

Asimismo, Filgueira *et al.* (2009) sostienen que Uruguay tiene un maduro y robusto Estado de bienestar o social en comparación con el resto de los países latinoamericanos (a modo de ejemplo tiene el mayor gasto social per cápita), así como se caracteriza por su universalidad en áreas como la educación y la salud. En este sentido, plantean que el modelo de bienestar o social en el caso uruguayo se ha estructurado originalmente bajo el modelo bismarckiano continental al apoyarse en un sistema de financiación y de derechos basado en la contribución, con énfasis en las transferencias de dinero, sustentado en el modelo familiar nuclear de «hombre ganador de pan».

Otro de los rasgos que según Filgueira *et al.* (2009) caracterizan al modelo social o de bienestar uruguayo es que su arquitectura del bienestar combina los principios liberales de focalización en los pobres y de mercado para los ricos, manteniendo algunas formas residuales del modelo corporativo de protección que privilegia en algunos casos a ciertos sectores de nivel socioeconómico medio con alternativas privadas para las clases altas. En esta línea, categorizan al modelo uruguayo de bienestar como heterogéneo, en la medida en que en él coexisten lo que denominan «Uruguay vulnerable», en el que se enmarcan las políticas sociales focalizadas, el «Uruguay corporativista» basado en la vieja arquitectura de

¹⁹ Su análisis se centra en la reconstrucción de los regímenes de bienestar concebidos en tanto constelaciones de prácticas que asignan recursos a través del mercado, de la división sexual del trabajo y del Estado. Al respecto, sostiene que, lejos de construir interrelaciones armónicas y sinérgicas, los regímenes de bienestar están teñidos de las tensiones entre las prácticas de asignación de recursos que aumentan cuanto más débiles son unas frente a las otras. Así, argumenta que si el intercambio mercantil del bienestar es limitado, el trabajo no remunerado aumenta y, si la política pública no brinda ciertos servicios, la mercantilización y el trabajo no remunerado también están destinados a aumentar.

bienestar y el «Uruguay privado», en el cual se inserta de manera creciente en el mercado, en donde el acceso a los bienes y servicios está mediado por la capacidad financiera de las personas. Midaglia y Antía (2012) señalan que Uruguay posee, más allá de las reformas y ajustes graduales durante la década de los noventa y de las políticas y reformas implementadas durante el primer gobierno de izquierda,²⁰ un patrón de bienestar al que caracterizan como «híbrido», que combina opciones universales de protección social con pautas focalizadas en algunos de los sectores sociales más vulnerables, en el marco de un proceso de creciente pérdida del monopolio estatal respecto a la protección social y a la emergencia de organizaciones sociales y agentes privados. Ello agudizó aún más la fragmentación y descoordinación de los programas y prestaciones orientados a la protección social de la población uruguaya dentro del esquema institucional del país.

Filgueira *et al.* (2009) plantean los problemas de coordinación, eficacia y eficiencia a nivel estatal, fue convirtiendo al Estado en menos capaz de confrontar el tipo, monto y distribución del riesgo social, ante el proceso de aumento de la demanda social en un contexto que no contó con la correlativa expansión de los recursos públicos. Según dichos autores, la razón por la cual el estado de bienestar ha sufrido un declive radica en que tanto las familias como los mercados de trabajo han cambiado sustancialmente en Uruguay. Los cambios o transformaciones sociales a nivel de la estructura social que señalan son tres: por un lado, el incremento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, por otro lado, los cambios en los arreglos o configuraciones familiares y, en tercer lugar, el envejecimiento de la población. Dichos cambios traen aparejado el problema del cuidado y el de la economía del cuidado, así como también el impacto de dichos desafíos en la sostenibilidad financiera de los gastos relativos al bienestar. Afirman que en tanto las mujeres entran al mercado laboral, la población envejece y las configuraciones familiares cambian, la cuestión de quién se hace cargo del cuidado se ha vuelto un dilema o problema social, se convierten en tópicos relevantes y entran de lleno y de manera visible como conflictos distributivos y en la agenda del estado, las políticas públicas y la política.

Por otro lado, en Uruguay, al momento del relevamiento de la evidencia empírica, no existía una política pública integral orientada específicamente a la atención a la dependencia y sus cuidados, más allá de algunas prestaciones y servicios destinados a cubrir necesidades de cuidado para ciertos tipos de personas en situación de dependencia. No obstante, existen algunas políticas y servicios públicos de cuidados vinculados a distintos colectivos dentro la población dependiente.

²⁰ Al respecto, destacan como fundamentales las siguientes reformas: la reactivación de los Consejos de Salarios en materia laboral, la creación del Ministerio de Desarrollo Social (Mides) y las políticas focalizadas de combate a la pobreza implementadas por est así como la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) —en la órbita de las políticas sanitarias—, entre otras.

A nivel de la atención de las personas adultas mayores, el Instituto Nacional del Adulto Mayor (Inmayores) del Ministerio de Desarrollo Social (Mides) fue creado por la Ley 18.617 de 2009 y comenzó a funcionar en la órbita de ese ministerio en enero del 2012. En octubre de ese mismo año elabora y publica un plan nacional de envejecimiento y vejez a nivel nacional. Al respecto, la Ley 18.617 mandata Inmayores a proteger los derechos humanos de las personas mayores y a coordinar la política de vejez en conjunto con otros organismos estatales. Con la Ley de Rendición de Cuentas de ejercicio 2012, votada a fines de 2013, se pasa en el artículo 298 a una competencia compartida entre el Mides e Inmayores y el Ministerio de Salud Pública (MSP), la regulación, fiscalización y habilitación de los centros permanentes de cuidado (centros de día y residenciales, fundamentalmente), bajo el entendido de que son centros de cuidados y no solo extensiones de los centros de salud, bajo una óptica del cuidado como un asunto sociosanitario y no únicamente como sanitario. El decreto que reglamenta este artículo de la Rendición de Cuentas es el 265/014.

A su vez, Batthyany (2008), en su caracterización de los servicios de atención y cuidado de las personas adultas mayores, sostiene que a nivel de servicios públicos, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el MSP tienen múltiples servicios de corta y larga estadía situados en el Hospital Centro Geriátrico «Dr. Piñeyro del Campo». En concreto, existe en dicha institución un servicio de cuidadores/as domiciliarios cuyas beneficiarias son personas derivadas desde el hospital a domicilios de terceros.²¹ Este servicio tiene un alcance limitado, es decir que es marginal y no universal, ya que no se basa en los grados de dependencia y en las necesidades de cuidados que las personas posean para la selección de las personas que son sus beneficiarias.

Los cuidados de las personas adultas mayores en domicilio son provistos fundamentalmente por sus familiares, estos también en su mayoría mujeres, o a través de la contratación de personas (usualmente mujeres) que se hacen cargo por lo general de tareas domésticas y de cuidado al interior de los hogares. Asimismo, algunas necesidades puntuales de cuidado son cubiertas por empresas que brindan servicios de acompañantes en sanatorio o posinternación en domicilio en el caso de quienes cuentan con recursos financieros para pagarlos. Estas empresas brindan cuidados principalmente de manera transitoria, siendo muchas veces la puerta de entrada al servicio la enfermedad o la internación, pero no los cuidados de larga duración.

Por otro lado, a nivel de los servicios estatales orientados a la población dependiente con discapacidad, cabe señalar que desde fines del 2014 se cuenta con el Programa de Asistentes Personales del Banco de Previsión Social (BPS) y el Mides (2014), el cual consiste en proveer de un apoyo económico para las personas con discapacidad severa para la

²¹ El cupo es de cuarenta personas, según el Mides (2014).

contratación de asistentes personales²² acreditados en el registro oficial de dicha institución.²³

Otra de las acciones desarrolladas a fines del 2013 y durante el 2014 fue el diseño e implementación de un programa piloto desarrollado por el Mides dirigido a hogares en los que reside una persona mayor de quince años con dependencia moderada o severa cuyo cuidador/a principal fuera mayor de 65 años. Dicho apoyo consistía en proveer hasta 20 horas mensuales de cuidados a cargo de asistentes personales seleccionados y capacitados para la tarea (Mides, 2014). Esta es la única experiencia estatal de provisión de un servicio en domicilio para los cuidados, aunque su carácter fue piloto y su alcance limitado, no solo por la cantidad reducida de cupos sino porque para su acceso las personas debían demostrar su incapacidad para pagar un servicio privado de cuidados.

Finalmente, es preciso mencionar que más recientemente el tema de la dependencia y sus cuidados se ha puesto sobre la agenda pública y política del país. En este sentido, desde la Dirección Nacional de Políticas Sociales del Mides se fueron llevando a cabo debates y discusiones colectivas y públicas orientados a sentar las bases del diseño de un sistema nacional integrado de cuidados a partir del 2013.

La creación e implementación de una política pública integral orientada al abordaje de la dependencia y sus cuidados ha formado parte del programa electoral del Frente Amplio (FA) y es uno de los compromisos del nuevo gobierno de este partido político, que ha ganado las elecciones nacionales a fines del 2014.

Hacia una categorización de los modelos y servicios de atención en domicilio en Barcelona y Montevideo

La naturaleza pública o privada del servicio asociada al modelo de atención a los cuidados en general, y a los cuidados en domicilio en particular, en ambos casos de estudio, incide de diversas formas y a distintos niveles en la estructuración y organización de los servicios, afectando el contenido, las características y las condiciones de trabajo ligadas al empleo de cuidado en domicilio.

Más allá de las diferencias de los modelos o Estados de bienestar o sociales concretos que subyacen a las políticas públicas en general y los servicios y prestaciones sociales

²² Las tareas a cumplir por estos asistentes son determinadas por la persona beneficiaria de la prestación y consisten en actividades de apoyo a la satisfacción de necesidades básicas de la vida diaria tales como higiene, vestimenta, desplazamientos, trabajo, estudio, recreación entre otras.

²³ Este programa fue implementado en el marco de la Ley 18.651, aprobada en marzo de 2010, en el marco de la cual se prevé la creación de dicho Programa de Asistentes Personales. la población objetivo de esta prestación son quienes reciben pensión por discapacidad severa, solo ellos pueden aplicar. Luego de solicitada la prestación se aplica un baremo que mide la dependencia y se asigna asistentes personales (AP) a quienes tienen dependencia severa.

asociadas a ellas, los y las trabajadoras/es que ocupados en los servicios (público y privado, en Barcelona y en Montevideo, respectivamente) constituyen los brazos ejecutores de la atención y los cuidados a las personas en sus domicilios en los servicios provistos en ambos casos analizados.

Antes de categorizar a los distintos modelos de atención es necesario dar cuenta de algunas de sus principales características. Respecto al modelo de atención barcelonés, de acuerdo con varias especialistas (Alemany, 2003; Recio, 2014 y Torns *et al.*, 2014), el SAD ha sido tradicionalmente uno de los servicios públicos concebidos como clave en el sistema de cuidados provistos para el abordaje de la dependencia, en el marco de los servicios públicos en Cataluña. Es caracterizado como un «servicio de proximidad» (Recio, 2014) en la medida en que es provisto en el domicilio de las personas, así como de «larga duración» (Recio, 2014 y Torns *et al.*, 2014), dado que la atención brindada no es puntual, sino que está orientada a dar soporte a las personas cuya condición de dependencia suele ser permanente y tender al deterioro en el mediano y largo plazo.

La gestión del servicio depende de las administraciones más cercanas a los y las usuarios/as, es decir los ayuntamientos respectivos. En el caso catalán forma parte de los servicios sociales básicos concebidos dentro de la atención primaria, en el contexto de estos, fueron desarrollados más tarde respecto a los otros grandes servicios universales y se caracterizan por ser percibidos como un recurso exclusivo de las personas pobres (Recio, 2014). Otro de los aspectos que caracterizan al SAD en general, es que su modalidad de gestión depende de la elección de cada comunidad autónoma y sus respectivos ayuntamientos. En el caso del SAD ofrecido por el Ayuntamiento de Barcelona, su gestión o prestación directa se encuentra tercerizada o externalizada, siendo las empresas u organizaciones de la sociedad civil las que, mediante licitaciones públicas lo llevan adelante.

A su vez, la reglamentación sobre la competencia de los gobiernos locales sobre su prestación se establece en los denominados Pliegos de Condiciones. Estos reflejan el modelo o protocolo administrativo específico a partir del cual se fijan las condiciones de prestación del servicio y las obligaciones de las entidades adjudicatarias en su prestación. Son hojas de ruta para aquellas entidades que quieren presentarse como candidatas para gestionar un servicio. Al ser recomendaciones generales, dan lugar márgenes de libertad en la fijación de ciertas condiciones, dado que no son documentos legales estáticos y son susceptibles de ser modificados cada vez que se licita el SAD. Los concursos o licitaciones relativos a la prestación de servicios suelen durar dos años, pero pueden ser prorrogados hasta cuatro años en concordancia con la duración de la gestión política a nivel municipal.

Los Pliegos de Condiciones suelen incluir cláusulas vinculadas a las condiciones técnicas o de otro tipo que afectan a los empleos ligados al servicio (como por ejemplo incorporar la obligación por parte de las empresas de cumplir el convenio colectivo del sector, etcétera).

A nivel de su contenido, el servicio de atención domiciliaria es definido, según el Pliego de Condiciones, como el soporte a personas o familias que se realiza en el domicilio de la persona beneficiaria y que está dirigido al cuidado de las personas con la finalidad de promover y mantener su autonomía personal, fomentar hábitos saludables y adquirir habilidades básicas, tanto para el desarrollo personal como de la unidad de convivencia en el domicilio y en la relación con la comunidad. Sus destinatarios (usuarios/as) son individuos o familias que presentan dificultades o limitaciones en su vida diaria para realizar las tareas relacionadas con su auto cuidado, el mantenimiento adecuado del entorno doméstico o que requieren de ese soporte para el mantenimiento de su vida familiar, social o relacional, a raíz de la pérdida o riesgo de pérdida de la autonomía de un soporte temporal o permanente para poder estar en su entorno habitual.

En el caso montevideano, si bien no existen servicios públicos de atención y cuidados en domicilio, se cuenta con una multiplicidad de empresas y cooperativas que ofrecen servicios privados de acompañamiento (Batthyany, 2007 y Pugliesi, 2007), es decir, de atención a las personas, tanto en instituciones hospitalarias como en domicilio. Este servicio puede ser contratado por clientes mediante el pago de una cuota mensual para la cobertura de determinadas horas de atención provistas por trabajadoras, denominadas generalmente «acompañantes», para brindar asistencia básica ante situaciones de enfermedad u operaciones y su proceso de recuperación. Por este motivo suelen ser servicios de «corta duración».²⁴

El servicio básico ofrecido usualmente provisto por dichas empresas montevideanas es el de acompañamiento en instituciones hospitalarias, que incluye el acompañamiento en el domicilio de la persona convaleciente por la misma cantidad de días que los usuarios/as se encuentren internados en dicha institución. Algunas empresas del rubro ofrecen el denominado «servicio especial», que consiste en el acompañamiento del usuario/a en domicilio ante una situación de enfermedad aunque esta no haya implicado internación o tratamiento médico previo. El servicio de acompañamiento es ejecutado directamente por las trabajadoras que cumplen la función de acompañamiento al cliente que se encuentra en un estado de salud delicado o a personas que por cuya condición de salud requieren del acompañamiento, tanto en su domicilio como en el sanatorio, por un período determinado y puntual de tiempo.

Con relación al análisis y a la categorización de los modelos de atención en domicilio que enmarcan el trabajo remunerado de cuidados en domicilio en ambas ciudades, el modelo de atención barcelonés es caracterizado como «público-semiprofesional», mientras que el montevideano es definido como «familiarista-mercantil-no profesional».

²⁴ Información recabada mediante entrevistas realizadas a responsables de recursos humanos de la empresa y cooperativa que formaron parte del estudio de caso montevideano.

En el caso barcelonés es definido como «público» a raíz de que la prestación del servicio de atención en domicilio es de carácter público, es decir, la responsabilidad última respecto a su prestación a los y las ciudadanas es estatal, a pesar de que, como en el caso del Ayuntamiento de Barcelona, su provisión directa es llevada a cabo por empresas o instituciones de la sociedad civil contratadas por el Estado. Ello implica, fundamentalmente, que el derecho a recibir cuidados en domicilio por parte de la población en situación de dependencia se encuentra garantizado y protegido por el Estado, más allá de que existan problemas relativos a su efectivización²⁵. Como se ha analizado anteriormente, es concebido como semiprofesional en la medida en que ciertas condiciones técnicas y administrativas relativas a la forma en la cual el servicio es provisto y ejecutado se encuentren sujetas a regulaciones estatales. Estas afectan, en parte, el contenido y condiciones bajo las cuales el trabajo remunerado de cuidados en domicilio es llevado a cabo como parte de la ejecución de la atención directa a las personas usuarias del servicio que forma parte de este. En concreto, dichas regulaciones estatales pautan aspectos tales como los requisitos formativos mínimos relativos a los perfiles profesionales que pueden acceder y conformar el servicio en general, entre los que se encuentran los quienes ejecutan la atención directa a las personas usuarias del SAD en sus dos modalidades básicas: la socioeducativa, a cargo de personas que cuenten con la formación de trabajadoras familiares de 750 horas de curso, y la asistencial, donde la formación debe ser de al menos 350 horas.²⁶

Por el contrario, el caso montevideano es definido como «familiarista-mercantil-no profesional», ya que no existe un modelo público de atención a dependencia, sino algunas acciones públicas puntuales y prestaciones que no conforman ni consolidan una política pública integral para el abordaje de la dependencia y sus cuidados, razón por la cual no existe la responsabilidad pública respecto a la provisión de cuidados en domicilio dirigido a este colectivo. En este marco, coexisten diversas lógicas de intervención estatal y privada en materia de prestaciones orientada a la atención y cuidados de personas dependientes. El modelo de atención montevideano es concebido como «familiarista», al no existir oferta pública de cuidados a nivel de servicios públicos (a excepción de un subsidio monetario, implementado recientemente para el pago a asistentes personales en el caso de las discapacidades severas), razón por la cual la responsabilidad respecto a la provisión de cuidados hacia esta población recae fundamentalmente en las familias. Entre las opciones de cuidado en general (tanto en domicilio como en instituciones) con las que las personas dependientes o sus familias cuentan, es prácticamente inexistente la oferta pública o la que existe está orientada a la población en situación de exclusión social, lo que hace que las

²⁵ Aquí entran en juego aspectos relativos al funcionamiento y calidad del servicio de atención en domicilio y el papel del Estado en la supervisión y control de su calidad, en tanto garantía y efectivización del derecho a recibir cuidados, a través del servicio de atención provisto en domicilio.

²⁶ Ver Anexo.

alternativas para la mayoría de las familias sea la provisión de cuidados de forma no remunerada y familiar o bien el pago a terceras personas para que realicen el cuidado (formal e informalmente) o la contratación de servicios de compañía que brindan cuidados de forma remunerada tanto en instituciones como en los domicilios. Por otro lado, es definido como «mercantil», a raíz de que las necesidades de cuidados en domicilio, al menos aquellas puntuales, para quienes pueden contar con recursos financieros, suele resolverse mediante el mercado, a través de la compra de servicios (provistos por empresas o trabajadores/as).

El modelo de atención en domicilio montevideano se categoriza como «no profesional» no solo porque la provisión de cuidados en general se apoya en los cuidados familiares o en la contratación de trabajadoras informales o servicio doméstico para la provisión de los cuidados, sino fundamentalmente porque a nivel de los servicios privados que brindan cuidados en domicilio no existe regulación estatal específica en relación con su provisión ni de la actuación de los perfiles profesionales que en él se emplean (ni qué perfiles pueden realizarlo, ni cuál es su formación, etc.). La inexistencia de regulación estatal al respecto hace que no existan parámetros públicos y contralor relativos a la forma y profesionalidad en la cual la atención y cuidados ofertados por dichas empresas u organizaciones de la sociedad civil son provistos. En particular, los servicios cuentan con una regulación estatal en relación con los requisitos formativos de las/os trabajadoras/es que prestan el servicio, así como tampoco existen protocolos para su prestación, ni mecanismos de control estatal respecto a su calidad.

1.3. La cualificación del empleo de cuidado en domicilio y las competencias laborales asociadas

Esta sección se orienta al análisis de las aproximaciones teóricas respecto a la cualificación, haciendo énfasis en los debates en torno a su definición y valoración. Asimismo, incorpora los enfoques que tienen en cuenta la dimensión de género en el proceso de definición y valoración de la cualificación concebida como constructo social. Ello con el objetivo de adoptar posiciones y definiciones teóricas orientadas a examinar y analizar de manera integral el trabajo remunerado de cuidados en domicilio y su cualificación asociada.

Para ello es preciso, dar cuenta de algunas precisiones conceptuales en relación con temas que suelen estar íntimamente relacionados con el debate sobre la cualificación, a pesar de que estos no sean objeto de estudio específico de esta investigación.

Uno de ellos, es la discusión sobre la profesionalización de las ocupaciones de cuidados y de manera más amplia de los empleos en el sector de los servicios. La profesionalización de

este tipo de empleos se ha visualizado como un aspecto ligado íntimamente a la calidad de los empleos, así como ha sido concebido como un componente o requisito necesario para la prestación o provisión de servicios de cuidados de «calidad» (Knijn y Kremer, 1997; Bolton, 2004; Folbre, 1990). La necesidad de lograr sistemas que reconozcan la cualificación asociada a los empleos de cuidados, así como la elevación de los requisitos formativos mínimos para el acceso a ellos, se han asociado a calidad de los empleos y a la propia calidad de los servicios provistos (Recio, 2014, basándose en Duyvendak *et al.*, 2005 y Knijn y Verhagen, 2007).

Sin embargo, la cualificación en el modelo taylorista de producción y organización del trabajo vigente en nuestra actualidad (Gómez Bueno, 1999; Quiñones, 2009) se ha vinculado, en parte, a la adquisición de aptitudes dentro del circuito formativo formalmente reconocido (Recio, 2014), así como a parámetros de racionalización y estandarización de los procesos y prácticas de trabajo, siendo su referente el empleo industrial y técnico. Esto se refleja los criterios que suelen utilizarse para definir el grado de cualificación en los sistemas de categorización de la cualificación profesional: el sistema formativo reconocido y el grado de cualificación necesario para el desempeño en el puesto de trabajo. Distintos autores (Kaplan, 1987; Maruani, 1993; Daune-Richard, 1995) argumentan que la socialización de género y las capacidades o aptitudes relacionales o interpersonales asociadas a lo femenino no forman parte de los aspectos contemplados en los criterios básicos utilizados en la definición de la cualificación asociada a las distintas categorías profesionales. En sintonía con ello, argumentan que la «formación» adquirida a través de dichos procesos tampoco se integra a los planes formativos formalmente reconocidos (educación formal reglada). En este sentido, diversos autores (Wood, 1987; Jenson, 1989, entre otros) argumentan que el trabajo típicamente femenino es categorizado como no cualificado y concebido como algo «natural», reflejo del supuesto talento innato de las mujeres, desconociendo que dichas capacidades han sido adquiridas de diversas formas aunque estas no se materialicen en credenciales educativas.

Los criterios utilizados por los sistemas de categorización de las cualificaciones profesionales tampoco son capaces de incorporar y reconocer las cualificaciones propias de puestos de trabajo que requieren de altos grados de autonomía y capacidad de resolución de problemas ante escenarios laborales cotidianos cambiantes y dinámicos. En este sentido, Wood argumenta que el trabajo típicamente femenino es categorizado como no cualificado debido a que es considerado como algo «natural» o simplemente diestro, reflejando el supuesto talento de las mujeres antes que concebir que dichas competencias necesarias para realizarlos han sido adquiridas y, por tanto, su reconocimiento a través de salarios o de su valor social, debería ser efectivizado.

A continuación se examina la literatura especializada que se ha centrado en la elaboración y discusión teórica sobre el concepto y valoración de la cualificación en general y

de las perspectivas que han abordado la noción de competencia laborales. Se analizan los enfoques que se centran en las particularidades de la cualificación ligada a las ocupaciones del sector servicios y en particular de los empleos de cuidados. Todo ello con el propósito de adoptar una posición teórica y conceptual, a partir de la cual examinar la cualificación asociada al empleo de cuidados en domicilios en el caso barcelonés y montevideano, objeto de estudio de esta investigación.

Las aproximaciones teóricas sobre la cualificación

Uno de los debates más relevantes y fructíferos en el ámbito de la sociología del trabajo en torno a la cualificación, emergió a partir de una de las discusiones fundadoras de la sociología del trabajo, entablada entre Friedman y Naville²⁷ en torno a si se califica al puesto de trabajo o al individuo que lo ocupa. Al respecto, emergieron dos grandes posturas: por un lado, la concepción sustancialista y por el otro la relativista.

Con relación a la concepción sustancialista de la cualificación, cuyo referente es Friedman, este le confiere un carácter esencial o sustancial basado en el grado de complejidad tecnológica que caracteriza el puesto de trabajo y los recursos exigidos para su ejercicio. Desde esta perspectiva, el aspecto central en el estudio y la definición de las cualificaciones productivas es el análisis de los procesos de descualificación y recualificación de la fuerza de trabajo provocado por el desarrollo tecnológico y sus efectos en la organización productiva (Campinos-Dubernet y Marry, 1986). El aspecto tecnológico, entendido como el conjunto de características técnicas asociadas a las tareas que constituyen un proceso de trabajo (Piore *et al.*, 1985), constituye el elemento determinante de la cualificación profesional. Desde este enfoque, la cualificación está asociada específicamente a los contenidos del trabajo. En esta línea, Friedman buscaba lograr una definición «objetiva» de la cualificación, a partir del análisis del puesto de trabajo. Así, incorporaba las competencias técnicas, la posición en la escala de prestigio, el grado de responsabilidad en la producción, etc. Las corrientes sustancialistas buscaron criterios objetivos para definir las calificaciones de los individuos y de los puestos de trabajo.

La perspectiva sustancialista de la cualificación, el enfoque relativista incorpora sus aspectos sociales, contextuales y conflictivos a su análisis. Es decir, toma en cuenta en su definición, las dinámicas que componen los distintos esquemas de clasificación profesional, así como la valorización social de la fuerza de trabajo. Es «relativista» en tanto concibe el carácter cambiante en el espacio y en el tiempo de la propia noción de cualificación. Asimismo, el enfoque hace énfasis en el carácter relacional y diverso de los criterios que

²⁷ Para profundizar en este debate véase Friedman y Naville, 1971.

construyen las jerarquías de las cualificaciones. Según Naville (1971) la cualificación dependía del individuo y no del puesto de trabajo, a partir de lo cual se deducían criterios como el tiempo de formación necesario para adquirir los conocimientos para ejercer un oficio o desempeñarse en un puesto de trabajo.

Más allá de estas dos concepciones teóricas sobre la cualificación, también es preciso enmarcar el debate sobre esta en relación con la emergencia del concepto de competencias laborales en la medida en que dicho concepto, profundiza en el análisis sobre las capacidades laborales, su valoración y reconocimiento social.

El surgimiento de la noción de competencia laboral y la discusión entre este concepto y el de cualificación es posterior al debate entre Naville y Friedman (1971) y sus respectivos enfoques relativista y sustantivista en torno a ella. Es a partir de las investigaciones llevadas a cabo por McClelland (1973), al procurar identificar las variables que explican el desempeño en el empleo, que se comienza a abordar la noción de competencias laborales. Según Sala (2004), si bien en las perspectivas sobre la gestión de recursos humanos se presenta al concepto de competencia como un nuevo «hallazgo» que permite superar otros conceptos como el de la cualificación, diversos autores mediante sus aproximaciones teóricas se posicionan y matizan o potencian las diferencias o similitudes de dicha noción respecto al concepto de cualificación.

Con relación a esto, autores como Sala (2004) sostienen que, en el debate científico, el concepto de competencia ha emergido por oposición al de cualificación, apoyado en los parámetros de estandarización, legibilidad y reconocimiento formal. Así, plantea que, en este contexto, el concepto de competencia se presenta para superar la noción de trabajo prescripto, subyacente al esquema de organización del trabajo fordista. La noción de competencia se utiliza para poner en tela de juicio tanto las ventajas como los inconvenientes del reconocimiento profesional derivado del modelo de organización del trabajo fordista. En esta misma línea, Planas (2011) entiende que el uso de la noción de competencia en la gestión de recursos humanos y en la investigación social surgió hace décadas para disociar las capacidades productivas de las personas de su educación formal, con el propósito de dar cuenta de que personas con títulos escolares distintas eran «competentes» para ocupar empleos similares y que las capacidades productivas de las personas se adquirirían mediante la experiencia laboral y social. Desde su perspectiva, la emergencia de la noción de competencias laborales responde por tanto a la necesidad captar de manera más ajustada las capacidades productivas de las personas, más allá de sus títulos o credenciales escolares. En sintonía con ello, Sala argumenta que la noción de competencia laboral es utilizada como un instrumento para conceptualizar y medir mejor el capital humano de los individuos, en el marco de la expansión de la educación y la diversificación de los escenarios de formación. Por ello, según Salas, surge como concepto que pretende «incorporar la complejidad,

especificidad individual y eficacia en la codificación del trabajo humano» (2004: 48). En contraposición, para autores como Nanteuil-Miribel (2003), la noción de competencia surge desde el ámbito gerencial con el fin de erosionar los compromisos empresariales asociados a la noción de cualificación.

Por otra parte, Mertens (1996) sostiene que mientras la cualificación se circunscribe al puesto de trabajo, la noción de competencias se centra en la personas que ocupan los puestos de trabajo y su desempeño laboral. Argumenta que una característica del concepto de competencia es que enfatiza la habilidad en sus tres expresiones: física y manual, intelectual o mental, y social o interpersonal. Entiende que la cualificación es el conjunto de conocimientos y capacidades, incluidos los modelos de comportamiento y las habilidades, que los individuos adquieren durante los procesos de socialización y de educación y formación. Ella está ligada a la capacidad potencial que las personas tienen y utilizan para desempeñar determinados puestos. La competencia, en cambio, refiere a los aspectos de la acumulación de conocimientos y habilidades que son necesarios para llegar a ciertos resultados exigidos en una circunstancia determinada. Por ello constituye la capacidad real para lograr un objetivo en un contexto dado. De esta forma, para identificar la competencia se parte de los resultados y objetivos deseados de la organización en su conjunto, que derivan en tareas y estas en conocimientos, habilidades y destrezas requeridas. Las tareas son concebidas como un medio cambiante entre el resultado y la dotación de conocimientos y habilidades del individuo.

Por otro lado, para Oiry y D'Iribarne (2001), la noción de competencia no se construye por oposición al concepto de cualificación, sino que emerge con el propósito de clarificar la doble característica de las cualificaciones. En este sentido, la noción de competencia hace alusión, por un lado, a las cualificaciones ligadas a las personas, mientras que la de cualificación se utiliza para denominar a las cualificaciones asociadas a los puestos de trabajo. Es decir, consideran que la cualificación siempre estuvo desdoblada en dos problemáticas diferentes. Sin embargo, para Tanguy (2001) ambos conceptos (cualificación y competencia) hacen alusión a aspectos dicotómicos de un mismo fenómeno, es decir, lo que los diferencia es la propiedad estática de la calificación y dinámica de la competencia. Esta última devuelve márgenes de libertad para la acción de los trabajadores, pero al mismo tiempo los somete a la necesidad de validación y de objetivación constantes de sus capacidades y desempeños. Esta distinción conceptual supone la posibilidad de que las definiciones sobre las competencias requeridas para el desarrollo de las actividades sean siempre susceptibles de ser revisadas (tanto por el propio trabajador, sus colegas y superiores, así como el propio mercado y la incorporación de nueva tecnología).

Tanto Mertens (1996) como Tanguy (2001) se sitúan en lo que Sala (2004) denomina la idea dinámica de la competencia, que supone la adquisición de la experiencia no rutinaria resultante de la implicación activa del sujeto. Por ello, la competencia refiere a la capacidad

para movilizar una combinación específica de conocimientos, habilidades y actitudes para alcanzar un nivel dado de resultados. Según Sala, apoyándose en Legrand-Lafoy y Rousillon (1995), la competencia de un individuo parece más bien asociada a su capacidad de resolver un problema que, al ser nuevo, no puede solucionarse mediante un esquema previamente concebido. Se trataría de la adquisición de experiencia no rutinaria, resultante de la implicación activa del individuo. La idea de construcción dinámica de las competencias se asocia a la capacidad de movilizar una combinación específica de conocimientos, habilidades y actitudes para alcanzar un nivel dado de resultados.

Pucci (2004), basándose en Montero Leite (1996), sostiene que la articulación entre la organización del trabajo y las cualificaciones se pueden analizar a partir de tres grandes modelos:

- *La cualificación entendida como capital humano*, que incluye habilidades y conocimientos prácticos y teóricos, adquiridos formal o informalmente. En este marco la cualificación puede ser analizada a partir de la descomposición del puesto de trabajo en un conjunto de tareas, pasibles de descripción y medición precisa. Los indicadores más importantes para medir la calificación son el tiempo de formación y el tiempo de adquisición de los conocimientos abstractos.
- *La cualificación desde la perspectiva del proceso de trabajo*, la define como saber y autonomía del trabajador, amenazada y degradada por la división técnica del trabajo. El trabajador pierde el dominio de su trabajo y se producen procesos de fuerte descualificación de la mano de obra o de polarización de calificaciones entre saber técnico y saber común.
- *La cualificación entendida como competencia*. Desde esta perspectiva la cualificación se define en situaciones histórico sociales concretas, es decir, como resultado de las relaciones sociales, inclusive las que se establecen entre los propios trabajadores. Por ello, construir competencias significa definir posiciones en el proceso de trabajo, en el mercado y también en la sociedad.

Por otro lado, de acuerdo con Tavalero y Pérez-González (2007), tras una revisión literaria sobre los abordajes teóricos vinculados al estudio específico de las competencias, plantean que existen tres enfoques principales o modelos teóricos al respecto. Por un lado, el modelo conductista, analítico o molecular. Originado en Estados Unidos, concibe a las competencias como un conjunto coherente de comportamientos «observables» que permiten la realización adecuada de una determinada actividad. Surge como reacción al enfoque de rasgos sostenido en Psicología por Mc Clelland (1973). Este enfoque entiende el desempeño competente como aquel que se ajusta a un trabajo descrito, a partir de una lista de tareas claramente especificadas.

Por otra parte, el modelo de cualidades o atributos personales es originario de Gran Bretaña y es concebido como funcionalista. Desde este enfoque, la competencia es concebida como una combinación de atributos subyacentes al desempeño exitoso, los cuales se definen de forma más bien amplia o genérica, de modo que permiten su aplicación en diversos contextos (por ejemplo, liderazgo, iniciativa, etcétera).

Por último, el modelo holístico o integrado, proviene de Francia pero también aplicado en Australia e Inglaterra y presupone que las competencias son la integración tanto de las tareas desempeñadas (conductas), como de los atributos de las personas, a la vez que tiene en cuenta el contexto.

Hacia una definición de las competencias laborales

Massó y Verd (2007) señalan, a partir de la propuesta de Lichtenberger (1999/2003), que en el ámbito de la sociología del trabajo, el debate en torno a las competencias laborales se resume en tres grandes tipos de definiciones en torno a ellas, representadas por los tres autores que se analizan a continuación.

Por un lado, según Montmollin, la noción de competencia hace referencia a los

conjuntos estabilizados de saberes y saber hacer, de conductas tipo, de procedimientos estándar, de tipos de razonamiento que pueden ser puestos en práctica sin un nuevo aprendizaje, que sedimentan y estructuran los adquiridos de la historia profesional: permiten la anticipación de fenómenos, lo implícito en las instrucciones, la variabilidad de las tareas (1986: 122).

Por otro lado, Levy-Leboyer define las competencias como los «repertorios de comportamiento que algunas personas dominan mejor que otras, lo que las hace más eficaces en una situación determinada» (2002: 54). De acuerdo con el autor, dichas competencias son observables en la realidad cotidiana del trabajo y se ponen en práctica de forma integrada, tanto las aptitudes, los rasgos de personalidad, así como los conocimientos adquiridos. Por ello, las competencias representan la unión entre las características individuales y las cualidades requeridas para llevar a cabo misiones precisas.

Por último, una tercera definición de las competencias, según Massó y Verd (2007), pone especial énfasis en la capacidad de movilización de conocimientos y cualidades ante una dificultad o una problemática concreta, basándose en Mandon, quien las define como el «saber movilizar conocimientos y cualidades para hacer frente a un problema dado. Dicho de otro modo, las competencias designan conocimientos y cualidades puestas en acción» (1990: 3). Bajo esta óptica, las competencias de mayor relevancia son aquellas de carácter transversal (como, por ejemplo, la capacidad de toma de iniciativa, de resolver problemas o

de trabajar en equipo) y asociadas a una visión global del proceso laboral. Esto se debe a que dichas competencias son más amplias que las habilidades específicas de carácter técnico asociadas a un puesto de trabajo.

La definición de competencia adoptada por Masso y Verd (2007) combina rasgos de las dos últimas definiciones anteriormente señaladas, dado que incorpora tanto la efectividad de la puesta en práctica como la aplicación en un contexto de trabajo concreto de capacidades, conocimientos y actitudes. Así, la definición que adoptan está en línea con lo planteado por Lichtenberger (1999, 2003), para quien un gran número de definiciones relativas a las competencias convergen en la importancia de dos aspectos: por un lado, el que no se aprecian más que en las situaciones reales de trabajo y, por otro, que se aprecian individualmente.

Dos de las características compartidas por Lichtenberger (1999) y Massó y Verd (2007) sobre las competencias laborales, son incorporadas a la concepción de Planas y Sala (2008), para quienes entre sus características fundamentales la vectorialidad, es decir, su especificidad en relación con cada empleo y organización productiva y la dificultad para su medición *ex ante*. Que las competencias sean vectoriales supone que cada persona es la conjunción de una serie de competencias (saber, saber hacer y saber ser) elementales. En este sentido, cada individuo está dotado de un vector único y el título académico no puede ser el único factor que lo compone. El título es concebido como una simplificación poco precisa a la hora de dar cuenta de la diversidad de trayectorias formativas y laborales de las personas. Por ello, cada uno de los componentes que constituyen el acervo de competencias de una persona es adquirido por diversas vías (formación explícita y formal, formación informal, experiencia laboral, vida social, cualidades innatas, etc.). Sala (2004) afirma que los dos modos principales de adquisición de competencias son la formación explícita (esencialmente inicial) y la formación implícita, adquirida mediante la experiencia profesional.

Por otra parte, que las competencias se valoren de manera específica en cada empleo y en cada organización productiva significa que son específicas a cada trabajo, situación y lugar de trabajo. En este sentido, los/as trabajadores/as no utilizan todas las capacidades o competencias que poseen en el desempeño de sus tareas, y diferentes situaciones en el lugar de trabajo le demandarán el uso de diferentes capacidades.

A su vez, que sean difícilmente mensurables *ex ante*, dado que la dimensión vectorial de las competencias supone la combinación de valores de sus componentes y la multiplicidad de las situaciones de trabajo en que estas se van a ejercer, son aspectos que dificultan su medición de antemano. Esto se debe a que existe un rango de variabilidad respecto a la importancia relativa de las capacidades individuales y el vasto campo de situaciones laborales en las cuales las competencias son puestas en marcha, algo que torna imposible determinar por adelantado cómo un particular conjunto de competencias será traducido en productividad laboral.

Por su parte, Zarifián incorpora al concepto de competencia la capacidad de la persona para «tomar iniciativa y responsabilizarse con éxito, tanto a nivel del individuo como de un grupo, ante una situación profesional» (1999: 34). Ello implica la capacidad de asumir responsabilidades de situaciones profesionales, tener iniciativa y afrontar los acontecimientos y problemáticas que de ellas emergen. En esta línea, se entiende que es competente quien sabe hacer frente con éxito a situaciones profesionales en función de la misión u objetivos que le fueron confiados. Asumir la iniciativa y la responsabilidad en el trabajo es algo que solo puede ser realizado por la persona, por tanto, es el o la trabajadora quien automoviliza sus competencias para enfrentar las distintas situaciones laborales. Según Zarifián, la responsabilidad no puede ser prescrita y solo puede ser impuesta de manera indirecta a los y las trabajadores/as cuando la jerarquía define el marco de responsabilidad de un individuo y lo incita o incentiva, de alguna manera, a asumir dicha responsabilidad.

Por último, en la literatura académica en torno a las competencias se distinguen distintos tipos y tipologías de competencias laborales. Según Planas *et al.* (2001), existen tres grandes tipos de competencias: las generales (de largo alcance), las transversales (pueden ser utilizadas en un amplio número de situaciones) y las específicas o cíclicas. De acuerdo con el Programa Formujer del Cinterfor (2004), las competencias laborales pueden diferenciarse en dos grandes tipos. Por un lado, las competencias específicas o técnicas, son las que están asociadas a los aspectos tecnológicos u operacionales y se refieren a una determinada función productiva. Por otro lado, las competencias transversales son aquellas que pueden asociarse a la resolución de muy diversas situaciones reales de trabajo, trascendiendo más de un sector ocupacional y tienen un fuerte componente social, relacional y metodológico. Están vinculadas a la comunicación, al trabajo con otros y en equipo, la comprensión de sistemas, el manejo de información, la capacidad de gestión, de planificación y evaluación, de trabajar en condiciones de seguridad e higiene, la orientación al servicio, entre otras. Son concebidas como competencias que facilitan la adaptación de las personas no solo a diversos contextos y funciones, sino también a los rápidos cambios del conocimiento, tecnología y organización del trabajo.

Zarifián (1999) introduce la concepción de la competencia social o el «saber ser» que, por lo general, es definida como las capacidades interpersonales desarrolladas en los campos de la autonomía, la toma de responsabilidad y la comunicación social. Para este autor, es importante integrar las actitudes de autonomía, toma de responsabilidad y comunicación en el seno de las competencias profesionales teniendo en cuenta que se actúa de modo autónomo respecto a situaciones profesionales y no en general.

En la línea del análisis de las competencias sociales de Zarifián (1999), Belt *et al.* (2002) sostienen que estas se subdividen en dos grandes tipos: las comunicacionales y las relativas a la gente o relacionales (*people skills*). Respecto a las competencias comunicacionales y

relacionales plantean que una característica común a ambas es que se centran en el cliente, es decir, en la actitud de los/as trabajadores/as hacia los/as clientes, así como la capacidad de empatizar con ellos. Así, introducen el concepto de actitud para el cuidado o el deseo de ayudar a la gente como una competencia relacional ligada a las competencias sociales. Zarifián (1999: 29) proponía en su concepto de competencia de servicio una noción similar a la de Belt *et al.* (2002), asociada a la capacidad de mostrar «civilidad, es decir, cuidados, respeto y generosidad hacia el otro». Dado que el servicio no es unilateral, siempre tiene una parte de negociación, de reciprocidad y de acuerdo. Por ello, Zarifián argumenta que las competencias de servicio se aprenden y por lo general no son reconocidas como competencias profesionales. La falta de reconocimiento está ligada, según el autor, a la división sexual del trabajo de la que se deriva que los sectores ocupacionales en los que esta competencia es solicitada más abiertamente, es decir, en aquellos que implican el contacto directo con los/as usuarios/as, fuertemente feminizados. A su vez, por «servicio» alude al proceso que conduce a transformar las condiciones de existencia de un individuo o de un grupo de individuos. En este sentido, el servicio debe actuar sobre las condiciones de uso o de vida del destinatario (cliente, usuario), de modo de responder, del mejor modo posible, a sus necesidades.

La cualificación como construcción social sesgada por el género

En consonancia con los aspectos centrales del enfoque relativista de la cualificación presentado al comienzo de este capítulo, Maruani (1991 y 1993) y otros investigadores (Wood, 1987; Kaplan, 1987; Gómez Bueno, 1999) conciben que la cualificación no constituye solamente una definición que tiene en cuenta la parámetros técnicos del trabajo. Coinciden en concebirla como una definición que se construye a partir de aspectos y operaciones técnicas y la estimación de su valor social.

En virtud de lo anterior, la cualificación se entiende como producto de conflictos o negociaciones que se desarrollan en el marco de relaciones sociales y de fuerza, y es por lo tanto resultado de una construcción social. Esta concepción supone que la cualificación se conciba como una construcción social donde las diferencias de género son centrales en su definición (Maruani, 1991 y 1993). Con relación a esto Jenson (1989) y Belt *et al.* (2002) plantean que el proceso por el cual tanto los trabajos en sí en relación con, como las apreciaciones sobre estos tienen un sesgo de género (*are gendered*), se debe a que existen relaciones sociales de jerarquía que reproducen relaciones desiguales en relación con el género. Dichas jerarquizaciones se traducen en que el trabajo típicamente femenino asociado a la esfera privada sea categorizado como no cualificado, debido, fundamentalmente a que es considerado como aspecto «natural» o propio de las mujeres. Esto refleja el supuesto

asociado al «talento» de las mujeres antes que concebir que estas saben hacer las cosas a partir de un proceso de adquisición de dichas habilidades (Wood, 1987). En este sentido, muchas investigaciones se han preguntado si los trabajos son femeninos porque son realmente descualificados o si son concebidos como descualificados porque son trabajos feminizados.

Con relación a esto, Maruani (1991 y 1993) plantea que el género no es una dimensión residual, sino un aspecto clave en la construcción social de las cualificaciones. La cualificación es concebida como una construcción social permeada por el sesgo de género, donde la distinción masculino/femenino es un eje central en torno al cual esta se constituye. Así, los trabajos feminizados o típicamente femeninos son concebidos y categorizados como menos cualificados que aquellos masculinizados o típicamente masculinos, y las competencias asociadas a estos últimos son mejor valoradas que las cualidades y competencias femeninas. De trasfondo, los planteos feministas de diversos investigadores (Maruani, 1991 y 1993; Wood, 1987; Hirata y Kergoat, 1995) coinciden en que la construcción de las jerarquías en torno a la cualificación no solo reflejan el sistema de producción, sino que expresan, al mismo tiempo, el sistema de dominación masculino, basado en la tradicional e histórica división sexual del trabajo. Dicho sistema es lo que sostiene que aún en la actualidad la identidad profesional se encuentre inextricablemente ligada a la masculinidad. De acuerdo con Hirata y Kergoat (1995), a pesar de las diferencias, en todas partes y en todos los tiempos existe una distinción entre la valoración del trabajo masculino y el femenino: la producción vale más que la reproducción, la producción masculina vale más que la femenina. Las diferencias en el valor del trabajo, el valor en el sentido antropológico y ético y no económico, induce, según las autoras, a la construcción de una jerarquía social en la cual pesa más el trabajo de los hombres que el de las mujeres.

Wood (1987), Kaplan (1987) y Jenson (1989) agregan la cuestión de que la categorización de que ciertos trabajos feminizados como no cualificados suele estar en contradicción con sus requerimientos técnicos, comparables a los exigidos en ciertos trabajos masculinos concebidos como cualificados. El supuesto central es que la cualificación y las capacidades se construyen histórica y culturalmente, antes que biológica o tecnológicamente y que dicha construcción social es parte del proceso por el cual las relaciones desiguales son reproducidas. Este argumento choca con el corazón del sentido aporético de ciertas conceptualizaciones en torno a la cualificación como las sustancialista analizadas en la primera parte de este capítulo.

Wood (1987) sostiene que la falta de reconocimiento de las capacidades femeninas está ligada a que forman parte de lo que denomina «conocimiento tácito», es decir, aquellos saberes que son aprendidos mediante la experiencia individual, y que normalmente son específicos a la situación de trabajo y difícilmente articulables y medibles en un lenguaje

explícito y formalizado. Es aquel conocimiento que no es aprendido mediante los esquemas de aprendizaje formal o las pasantías en el trabajo, mediante los procesos de socialización y las múltiples experiencias de vida. Si bien la forma en que las mujeres realizan el trabajo típicamente femenino implica la utilización del «conocimiento tácito», no reconocido como cualificado, este implica sin embargo la utilización de complejas capacidades y habilidades. En cuanto a su contenido, las asocia a la capacidad para lidiar con situaciones interpersonales, para las cuales las tareas rutinarias existentes no son adecuadas, así como en relación con la capacidad para interpretar e actuar para potenciar la naturaleza colectiva del proceso de trabajo donde se destacan aptitudes como la congenialidad, la capacidad para mediar, respetar los tiempos y obedecer.

Para Kaplan (1987) las actividades que son más difíciles de conceptualizar y reconocer ligadas a «lo femenino» involucran el cariño y el cuidado en torno a la construcción y al mantenimiento de las relaciones interpersonales. Dichas actividades y las capacidades requeridas para llevarla a cabo forman parte de lo que Hochschild denominaba varias décadas atrás «trabajo emocional», analizado en la sección 1.2. El trabajo emocional implica aspectos tales como atender cuidadosamente a las situaciones que afectan a los otros, a través de la asunción del rol del otro y sentir lo que los otros sienten, así como tener en cuenta los aspectos del pasado y planificar el futuro para lograr un juicio razonable al evaluar el comportamiento de todos los implicados en una interacción y crear un ambiente confortable mediante, el cariño, la simpatía, la preocupación afectiva por el otro. Según Kaplan, el trabajo emocional es un ejemplo de cómo las expectativas de género y el ámbito privado están interconectados con la descripción de un trabajo, por lo cual el trabajo de las mujeres en nuestra sociedad está fuertemente ligado a las tareas domésticas o familiares. La idea de que el trabajo emocional es un rasgo o aspecto natural de las mujeres, contribuye a concebirlo como un trabajo poco cualificado o a justificar que esta parte de su trabajo no debe ser recompensada.

Diversos autores (Rigby y Sanchis, 2006; Kergoat, 1994; Daune-Richard, 1995 y Cancian y Olikier, 2000) comparten el argumento sostenido por Woods, al concebir que muchos empleos femeninos están infravalorados, porque requieren una alta proporción de capacidades tácitas que fueron adquiridas durante la socialización familiar sesgada en función del género y que son menos susceptibles de medición, como es el caso de las capacidades interpersonales de atención a otros. En este punto, Kergoat afirma que:

la cualificación de las mujeres, al no adquirirse por canales institucionales reconocidos puede ser negada por los empleadores, cabe señalar de paso que la cualificación masculina también depende de las relaciones capital/trabajo y que la patronal siempre intenta negarla, pero lo específico en el caso de las mujeres es que el no reconocimiento de las cualificaciones que se les exigen (destreza,

minuciosidad, rapidez, etc.) aparece socialmente legitimado, puesto que estas cualidades se consideran innatas y no adquiridas, hechos naturales y no culturales (1994: 522).

Daune-Richard (1995) plantea que el enfoque relativista de la cualificación, en la medida en que remite a la estimación del valor social de los trabajos realizados, parece más adecuado a la hora de tener en cuenta la intervención de las representaciones sociales de lo masculino y lo femenino en el proceso de valoración de la cualificación. Así, la construcción social del trabajo cualificado se apoya, fundamentalmente, en procesos de diferenciación entre ciertos tipos de tareas y entre los y las trabajadores/as que las realizan. Estos procesos de diferenciación son los que crean las identidades profesionales, que, a la vez, son identidades sexuadas (Jenson, 1989). No solo las ocupaciones tienen sexo, sino que el sexo de la persona que ocupa un determinado tipo de puesto de trabajo marca de manera duradera el de la representación del empleo.

En línea con lo sostenido por Daune-Richard (1995), Díaz *et al.* (2007), Maruani (1993) y Gómez Bueno (1999), argumentan que el género es una de las variables que mayor incidencia tienen en la construcción social de las cualificaciones profesionales. Si bien, tradicionalmente fueron concebidos como de baja cualificación en términos de sus aspectos técnicos y conocimientos requeridos, los trabajos y ocupaciones en sector de servicios y, en particular, los orientados a los cuidados de personas en situación de dependencia constituyen una forma de trabajo cualificado, en tanto requieren que quienes están ocupados en ellos desarrollen diversas capacidades, entre las cuales el trabajo emocional necesario para atender y lidiar con usuarios y clientes de servicios es fundamental (Bolton, 2004; Korczynski, 2005; Thomson *et al.*, 2001, Payne, 2009).

Por otro lado, Díaz *et al.* (2007) afirman que entre las constataciones empíricas de la construcción social sexuada está el fenómeno relativo a que el crecimiento de la actividad femenina no ha supuesto que el trabajo productivo sea mixto, en tanto hombres y mujeres se ocupan en sectores de actividad diferenciados, persistiendo la segregación laboral (tanto vertical como horizontal). Dicha segregación continúa siendo uno de los factores que dominan la estructura de la ocupación y de las cualificaciones y es constatada en diferentes estudios (Torns, 1997 y Bonet *et al.*, 2005). Es decir, hombres y mujeres se concentran en diferentes ocupaciones, polarizadas, en las cuales acostumbra a existir una sobrerrepresentación de un sexo y una subrepresentación de otro. Asimismo, se considera que la situación de la ocupación contribuye a reproducir la valoración desigual del trabajo y a construir una jerarquía de las cualificaciones. Por último, la cualificación se sitúa en el centro de las desigualdades profesionales entre hombres y mujeres de la cual se derivan las diferencias salariales, la promoción profesional y las condiciones de trabajo.

Cabe señalar que la industria o sector de servicios, entre los que debe incluirse a los servicios de cuidados y los empleos ligados a este están centrados en lo relacional, aspecto excluidos de la representación de la tecnicidad, asociada al poder y control sobre la naturaleza ligada al mundo de lo masculino, en los que se basa el sistema vigente de reconocimiento y valoración social de la cualificación. En contraposición, en función del contenido técnico y se consideran inscriptos en un universo laboral en el que se requieren unas cualidades inherentes a la naturaleza femenina. En consecuencia, este tipo de representación tiende a invisibilizar la cualificación y las capacidades o competencias laborales requeridas en los servicios personales. En términos generales, los empleos industriales aparecen contrapuestos a los empleos de servicios (caso típico, el de las enfermeras), por el hecho de que estos últimos ponen en juego, junto a unas competencias técnicas, competencias personales difíciles de medir. Así, mientras que el dominio de una técnica y, por tanto, la eficacia del operador se puede evaluar a partir de las cantidades producidas y de la presencia/ausencia de defectos en el producto, en la calidad del servicio prestado intervienen capacidades (competencias) interpersonales, de comunicación, de mediación, que son difíciles de evaluar, dado que se adquieren a través de la experiencia y la socialización como resultado de una formación estructurada según géneros. En esta línea, Daune-Richard (1995), sostiene que las representaciones que construyen lo femenino y lo técnico como antitéticos, naturalizan las competencias relacionales, lo cual se traduce en un acceso muy distinto de los hombres y de las mujeres al mercado de trabajo y, en particular, al trabajo cualificado.

Con relación a las aproximaciones e investigaciones en torno a las características específicas ligadas a las capacidades o competencias en torno a los cuidados, Korczynski (2005) argumenta que las competencias sociales no son realmente valoradas como competencias laborales, sino como meros atributos vinculados a la personalidad femenina. Sin embargo, sostiene que el trabajo emocional requerido en los trabajos remunerados de cuidados es una forma de trabajo cualificado que involucra el uso reflexivo de complejas competencias sociales. En esta línea, Bolton (2004) argumenta que el trabajo emocional es un trabajo cualificado, tomando en cuenta la variedad y discreción necesarias para ejecutar las tareas asociadas al trabajo las cuales dan cuenta de su complejidad. Más específicamente, Davies (1995) señala que el trabajo de cuidados en tanto actividad laboral requiere de una actitud activa, propositiva e instrumental de atención hacia una tercera persona. Esta definición se acerca más a lo que Waerness (1984) define como la «racionalidad del cuidado» que, en lugar de presentar a la capacidad de cuidado como una cualidad de la persona o una propiedad natural asociada a la mayoría de las mujeres, resalta las capacidades (*skills*) que están involucradas en su ejercicio.

Por último, Cameron y Moss (2007) sostienen que existe un conjunto de capacidades y competencias comúnmente requeridas por los/as trabajadores/as ocupados en este sector entre las que destacan las siguientes: capacidades comunicativas, criterio para juzgar contextualizado, capacidades analíticas y reflexivas, entendimiento y valoración del proceso de aprendizaje a lo largo de la vida, competencias personales y experiencia (paciencia, empatía, etc., capacidad para separar lo profesional de lo personal, etc.), conocimiento profesional o experto (psicología, técnicas de movilización, etc.), trabajar con la teoría y la práctica y competencias para el trabajo en equipo y con otros/as profesionales.

En síntesis, la perspectiva adoptada en esta investigación entiende que esta no solo es una cualidad o aspecto técnico asociado al puesto de trabajo, sino que su definición está mediada por creencias y representaciones sociales construidas en el marco de relaciones sociales y de poder que entran en conflicto a la hora de disputar el valor, entre las cuales se destacan las relaciones de género y la desigual estimación del trabajo típicamente masculino y femenino. Asimismo, más allá de concebir que la definición de la cualificación es construida socialmente, no deja de tener en cuenta e incorporar en su análisis los aspectos ligados a los requerimientos técnicos y objetivos asociados al puesto de trabajo, tal como planteaba la perspectiva sustancialista. A su vez, adopta la mirada que aborda a las competencias laborales como aquellas habilidades, conocimientos y capacidades puestas en práctica por los/as trabajadores/as en las situaciones reales de trabajo, razón por la cual se considera que para cada tipo de trabajo cierto conjunto de competencias son más necesarias que otras.

El análisis de la cualificación o el nivel de cualificación aquí adoptado, procura examinar e integrar la complejidad asociada a las características del trabajo efectivamente realizado, las cuales determinan los grados de responsabilidad, experticia y autonomía requeridos para el desempeño laboral en el puesto de trabajo. Asimismo, dado que se entiende que la definición de la cualificación asociada a un determinado tipo de trabajo no solo depende de los requerimientos técnicos asociados a él, es posible que existan desajustes o disonancias entre ellos y la valoración social al puesto de trabajo.

CAPÍTULO 2.

LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En un sentido amplio, el diseño de investigación refiere al proceso de toma de decisiones acerca de cada uno de los componentes de la investigación y, fundamentalmente, al modo en que estos se disponen y las relaciones que entre ellos se establecen (Sautu, 2003). El proceso incluye la planificación y ejecución de los procedimientos necesarios para responder a tres aspectos centrales del proceso de investigación. Se toman en cuenta tanto la perspectiva teórica desde la cual es abordado el tema de investigación, la metodología empleada para relevar la evidencia empírica necesaria para dar respuesta a las preguntas y objetivos de investigación, así como la estrategia de análisis de dicha evidencia. El diseño de investigación sitúa y posiciona al investigador/a en el mundo empírico, orientando las actividades previstas para alcanzar los objetivos propuestos (Denzin y Lincoln, 1994).

La estrategia metodológica adoptada en esta investigación es de carácter cualitativo, ya que se entiende que se ajusta a los requerimientos necesarios para abordar el problema de investigación, brindar respuestas a las preguntas de investigación y dar cumplimiento a los objetivos específicos que se propone. Este diseño cualitativo se caracteriza por su naturaleza flexible, dinámica e interactiva (Maxwell, 1996; Miles y Huberman, 1994; Morse, 1994 y Janesick, 1994). Es abierto, en el sentido de que ha sido estructurado de forma flexible, porque se ha definido y redefinido en función de los objetivos y preguntas de investigación planteadas a lo largo del proceso de investigación. Su naturaleza cualitativa ha implicado la confianza en las experiencias subjetivas, escritas y verbales de los significados dados por los propios sujetos estudiados (Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1999).

Meo y Navarro (2009), basándose en Denzin y Lincoln (2005), sostienen que los y las investigadoras/es cualitativos procuran darle sentido o interpretar el fenómeno del objeto de estudio en los términos que la gente les otorga. Por ello, se aproximan a los actores sociales, sus escenarios, acciones y sentidos, sin desconocer el carácter social, construido e histórico del conocimiento que produce. Denzin y Lincoln (2005) definen la investigación cualitativa como una actividad social material e interpretativa que implica la constante producción de representaciones que actúan como herramientas para interpretar el mundo social que asume un proceso donde se ponen en juego la capacidad creativa de los/as investigadores/as y el carácter mediado y construido del conocimiento sobre lo social.

El diseño cualitativo implica una permanente reflexividad por parte del investigador/a vinculada a la toma de conciencia de las relaciones de poder y responsabilidades ligadas al rol del investigador. En esta línea, la reflexividad supone la predisposición a estar alerta a la reflexión ante los interrogantes acerca de qué es el conocimiento y cómo este es «creado» (Denzin y Lincoln, 2005; Oelsen *et al.*, 2000, y Sampson, Bloor y Fincham, 2008).

Meo y Navarro distinguen tres corrientes con relación a la reflexividad: la posicional o subjetiva (Pillow, 2003; Maton 2003), la objetiva (Maton, 2003) y la colectiva o epistémica (Bourdieu y Wacquant, 2002; Maton, 2003; Kenway y McLeod, 2004). Tanto los investigadores/as de diversas tradiciones interpretativas (la feminista, la teoría constructivista, la posestructuralista y la teoría crítica) como distintas tradiciones disciplinarias (la sociología o la antropología, entre otras) suelen apelar a la reflexividad como una herramienta metodológica para fortalecer o interrogar la validez y legitimidad de sus interpretaciones. Más allá de la corriente interpretativa, la reflexividad permite cuestionar y problematizar sobre la capacidad o las limitaciones asociadas a la representación del «otro», de lo diferente y al reconocimiento de la autoridad ligada a su rol de investigador/a. Así, la reflexividad conlleva examinar el *self* (ser) del/a investigador/a y analizar cómo su participación afecta la producción y análisis de los datos (McCorkel y Myers, 2003; Padfield y Procter, 1996; Reay, 1996). En este sentido, examinar la reflexividad del investigador/a contribuye a evitar la aplicación de enfoques unilaterales de su parte, caracterizados el sesgo de patrones interpretativos sobre los que se investiga y, con limitaciones para interrogar las propias interpretaciones, dificultando el diálogo con lo que se vivencia en el campo y las contradicciones que de él emanan de acuerdo con Meo y Navarro (2009).

La estrategia metodológica seleccionada

La estrategia metodológica refiere a los dispositivos de generación de evidencia empírica y a su análisis para responder a los objetivos de investigación planteados e incluye la definición de los siguientes aspectos (Sautu, 2003): la población teóricamente pertinente a los objetivos y especificar los criterios de selección de los casos; la construcción de los instrumentos de investigación y la estrategia analítica.

En primer lugar, con relación a la población teóricamente pertinente y a los criterios de selección de los casos —como sostienen Goetz y LeCompte (1988)—, una de las primeras tareas asumidas fue la definición y selección de los perfiles relevantes de la población o del fenómeno estudiado, tanto a partir de criterios conceptuales como de las características empíricas de la población estudiada. En este sentido, dado que el objeto de estudio es la

cualificación asociada al trabajo remunerado de cuidados en domicilio de personas en situación de dependencia en contextos socioinstitucionales y de políticas públicas diferentes para el abordaje de la dependencia, fueron definidos criterios de selección que permitieran analizar las características asociadas al trabajo llevado a cabo por quienes en él se ocupan, de forma tal de poder estudiar cuáles son sus requerimientos y exigencias a nivel técnico y cuál es el vínculo entre esto y la valoración social de la cualificación asociada al puesto de trabajo. En esa línea, la población teóricamente pertinente a ser estudiada estaba conformada por las trabajadoras/es que se ocupaban en este tipo de trabajo proveyendo la atención directa de las personas en el marco de los servicios de atención en las dos ciudades bajo estudio. Así, se consideró que la mejor forma de conocer las características e implicancias del objeto de estudio era mediante el análisis comparado de las perspectivas de las propias trabajadoras sobre el trabajo de cuidado que realizan en unidades familiares, sin olvidar el carácter social e históricamente construido de sus sentidos, formas de organización y reconocimiento social.

Una vez definida la población teóricamente relevante, fue seleccionada una muestra, con base en un triple criterio: 1) el carácter público o privado del modelo de atención a la dependencia; 2) la feminización del trabajo de cuidado en ambos países, y 3) el tipo de contratación laboral.

En primer lugar, se seleccionaron dos contextos sociopolíticos, económicos y culturales diversos: las ciudades de Barcelona y Montevideo. Uno de los supuestos de esta investigación es que la naturaleza pública o privada del servicio de atención o acompañamiento en domicilio de ambos casos seleccionados será central a la hora de entender las características del trabajo efectivamente realizado por las trabajadoras, las condiciones laborales en las cuales es desarrollado y, por ende, la cualificación asociada al puesto de trabajo. Mientras que Barcelona cuenta con modelo de atención en domicilio a la dependencia de carácter principalmente público,²⁸ en Montevideo predomina un modelo de atención privado²⁹ (ver más detalles de esta diferenciación en la sección 1.2 del capítulo 1).³⁰

²⁸ Según los datos estadísticos en el 2008 el SAD barcelonés atendía a un total de 11.622 personas en los hogares. Información disponible en el siguiente link:
<http://www.bcn.cat/estadistica/castella/dades/anuaris/anuari09/cap04/C0403080.htm>.

²⁹ En el caso montevideano, las empresas de compañía o domicilio cubren un 60 % del total de la población montevideana mayor de 65 años, ascendiendo a un total de 198.299 personas atendidas en 2006 (Batthyany, 2008).

³⁰ Por un lado, la ciudad de Barcelona cuenta con un Servicio de Atención Domiciliaria provisto por el Ayuntamiento de Barcelona en el marco de una política pública de carácter universal. Dicho servicio forma parte de la red de Servicios Sociales primarios del Ayuntamiento de Barcelona y está orientado a brindar a las personas dependientes o a familias en situación de riesgo social la posibilidad de contar con la ayuda de un trabajador/a en su domicilio para realizar las actividades básicas de su vida. Por el otro lado, en Montevideo, al momento de realizar esta investigación no existía una política pública integral orientada a atender a la dependencia. En esta ciudad, el modelo de atención de carácter privado de acompañamiento en domicilio es la única forma de provisión de atención a la dependencia. En este sentido, las necesidades de cuidado de las personas en situación de dependencia que residen en su domicilio y cuentan con capacidad financiera pueden costear la contratación de un servicio privado de acompañamiento en domicilio de un/a trabajador/a que asiste a las personas que lo contratan en situaciones de enfermedad o convalecencia de su salud.

En segundo término, dado que diversos estudios en distintos países centrales (incluyendo España) constataban que el sector de cuidados se encontraba fuertemente feminizado (*Libro blanco Atención a las personas en situación de dependencia en España*, 2006; Cameron y Moss, 2007; Aguirre, 2013 y Mides, 2014), se buscó entrevistar a mujeres trabajadoras ocupadas en el trabajo remunerado de cuidados en domicilio.

En tercer lugar, la selección de las trabajadoras remuneradas en el cuidado de personas en domicilio se orientó hacia una muestra de aquéllas ocupadas bajo una relación laboral caracterizada por un contrato de trabajo establecido entre estas y empresas u organizaciones de la sociedad civil que brindaran el servicio de atención u acompañamiento en domicilio.

Así, la definición y selección de la muestra de personas a entrevistar fue «intencional» (Patton, 2005), en cuyo marco primó el criterio de pertinencia teórica en función de los objetivos de investigación (Patton, 2005; Goetz y LeCompte, 1988 y Valles, 2000). La «pertinencia» refiere a los criterios teóricos que se tuvieron en cuenta en dicha selección, ya que se considera que los casos seleccionados son «ricos» (Patton, 2005) y representativos, en el sentido de que permiten examinar la cualificación asociada al trabajo remunerado de cuidados en domicilio a partir de una muestra. Con relación a ello, las empresas u organizaciones de la sociedad civil seleccionadas en el diseño de la muestra eran dos por ciudad y se diferenciaban en su carácter de empresa con ánimo de lucro y sin ánimo de lucro (preferentemente cooperativas). Sin embargo, más allá de que se llevaron a cabo las gestiones e intentos de cumplir con dicho criterio de selección en ambas ciudades, las cooperativas declinaron formar parte del estudio en ambos casos. De esta forma, fueron finalmente seleccionadas para el caso barcelonés una empresa con fines de lucro y una OSC. Para el caso montevideano se seleccionaron dos empresas con fines de lucro: una de las más grandes y otra pequeña empresa.³¹ Si bien se intentó contar con una organización sin fines de lucro para el análisis, esto no fue posible dadas sus negativas a participar.

En el caso barcelonés las empresas que formaron parte del estudio, accedieron a brindar información respecto a su personal y a contactar a las trabajadoras a ser entrevistadas previo acuerdo con la investigadora respecto a sus perfiles, así como a proveer información sobre el funcionamiento del servicio dos agentes privados a cargo de la prestación directa del servicio en distintas zonas de alcance a nivel de la actuación del Ayuntamiento de Barcelona.

³¹ En Uruguay las empresas que se dedican a este rubro y que son concebidas como de gran tamaño son aquellas que tienen más de cien trabajadores/as empleados en la atención directa de las personas usuarias del servicio.

En el caso montevideano, accedieron a formar parte del estudio y a brindar información sobre su personal y de forma parcial sobre el funcionamiento de empresa,³² así como contactar a las trabajadoras para la realización de las entrevistas previo acuerdo respecto a sus perfiles con la investigadora. Cabe destacar que con todas las empresas u OSC que formaron parte de la investigación se firmó un acuerdo de confidencialidad entre estas y la investigadora donde se explicitó la no exposición del nombre de ninguna de ellas a lo largo de la investigación, así como también se acordó el apoyo de dichas empresas en relación con la selección y la gestión del contacto inicial de las trabajadoras que formarían parte de la muestra de personas a ser entrevistada.

A fin de caracterizar la organización y las formas de contratación de las empresas, fueron entrevistadas las personas a cargo de los recursos humanos de las cuatro empresas u organizaciones de la sociedad civil proveedoras del servicio público de atención en domicilio o SAD en el caso barcelonés, como del servicio privado de compañía o acompañamiento en el caso montevideano.

La selección de las trabajadoras a ser entrevistadas se fue ajustando a lo largo del proceso a los criterios ligados a los perfiles más usuales de trabajadoras que las empresas tuvieran en sus planillas de trabajo de acuerdo a variables como edad, formación y experiencia previa de trabajo, además de la nacionalidad en el caso barcelonés. En total fueron entrevistadas más de cuarenta trabajadoras entre ambas ciudades (ver cuadro sobre perfiles de trabajadoras entrevistadas en Anexos).

Con relación a los perfiles de las trabajadoras entrevistadas en ambas ciudades, la mayoría tenía entre 45 y 60 años, y tenían un nivel de la formación reglada bajo y medio, si bien a nivel de formación específica en cuidados en el caso barcelonés las trabajadoras suelen contar con mayor capacitación. Al respecto, es posible observar que en el caso barcelonés todas las trabajadoras tienen una formación específica de cómo mínimo 350 horas de curso, mientras que en el caso montevideano existen varias trabajadoras sin formación específica en cuidados, más allá de un curso introductorio de 8 horas obligatorio para el acceso al puesto de trabajo (ver más información sobre perfiles educativos en el Anexo).

En el caso barcelonés también se seleccionaron trabajadoras extranjeras que trabajan en empresas u organizaciones de la sociedad civil que proveen el SAD en Barcelona, en una proporción similar al total de trabajadoras de origen extranjero que trabajan en dicho servicio de acuerdo con las responsables de recursos humanos en las dos instituciones que lo proveen al Ayuntamiento barcelonés (ver Anexo).

³² Al respecto, cabe señalar que las empresas se negaron a brindar documentación relativa a los protocolos de trabajo o actuación de las acompañantes, aduciendo que estos eran privados y que no podían ser provistos a los efectos de la presente investigación.

El trabajo de campo se desarrolló en dos fases: la primera implicó la realización de entrevistas a trabajadoras uruguayas durante marzo y agosto del 2009 (entrevistándose un total de veinte trabajadoras), mientras que la segunda fase implicó la realización de entrevistas a las trabajadoras en la ciudad de Barcelona entre setiembre de 2009 y enero de 2010 (con un total de veinticinco trabajadoras entrevistadas).

En lo que respecta a la selección y construcción de los instrumentos de investigación, es preciso señalar que la entrevista cualitativa de carácter individual y de tipo semiestructurada o «guiada» (Patton, 2005) fue la herramienta de investigación en la que se basó fundamentalmente el relevamiento de la información a ser posteriormente analizada. Dichas entrevistas se les hicieron a trabajadoras contratadas por agentes prestadores del servicio de atención o acompañamiento (empresas u OSC) en los casos barcelonés y montevideano.

En cuanto a las dimensiones indagadas, estas fueron: la trayectoria y experiencia laboral previa (en cuidados u otras ocupaciones), la experiencia previa en cuidados familiares, las motivaciones de acceso al puesto de trabajo, la valoración en relación con el trabajo realizado (tareas, función, aspectos positivos y negativos, condiciones laborales, posibilidades de promoción laboral, etc.), la valoración de la gestión de las empresas del servicio (a nivel del soporte y seguimiento técnico o mecanismos de prevención de riesgos laborales), las competencias laborales requeridas y las expectativas laborales a futuro (ver el Anexo). A su vez, las entrevistas fueron confidenciales y se mantuvo el anonimato de la información brindada por las personas que formaron parte del estudio.

Asimismo, se hicieron entrevistas semiestructuradas a informantes calificados del sector de cuidados en ambas ciudades seleccionadas, referentes en el sector público, sindical y empresarial (ver Anexo). También se analizaron los documentos y reglamentaciones que afectan al servicio de atención en domicilio en el caso barcelonés o de acompañamiento o compañía en el montevideano.

Se utilizó un análisis temático de la información relevada mediante las entrevistas semiestructuradas. En este sentido, se buscó organizar y analizar la información de acuerdo a dimensiones y categorías de análisis previamente concebidas, así como a aquellas posteriormente construidas que emergieron de los datos recabados y proporcionados por las personas entrevistadas. El análisis del contenido de la información recabada se basó en la interpretación de las apreciaciones, valoraciones y percepciones subjetivas de las trabajadoras entrevistadas que llevan a cabo el trabajo remunerado de cuidado en domicilio. La interpretación del contenido buscó la comprensión de las formas de sentir y hacer de las trabajadoras, así como de los significados e interpretaciones otorgados al trabajo que llevan a cabo y a las prácticas laborales cotidianas y sus valoraciones y percepciones respecto al servicio provisto por los empleadores en torno a la atención directa a las personas que son sus usuarias por ellas ejecutada.

El análisis de la información recabada fue realizado mediante el programa informático para el procesamiento y análisis de datos cualitativos Atlas T, mediante el cual se llevó a cabo la categorización y codificación de las principales dimensiones preestablecidas de análisis, así como y, sobre todo, de aquellas nuevas que fueron emergiendo durante el proceso de análisis. La utilización de dicho programa facilitó, asimismo, mantener el orden, la rigurosidad y la sistematicidad en el análisis de la evidencia empírica obtenida.

Por último, en relación con el proceso de investigación, es preciso mencionar que una de las cuestiones más desafiantes a nivel del rol de investigador asumido a lo largo de este proceso está ligado a la reflexividad y a la ardua tarea de evitar que el involucramiento afectivo y emocional que conllevó compartir las vivencias, experiencias y sentir de las trabajadoras, constituyera un obstáculo para objetivar e interpretar las condiciones, características y modos de regular el trabajo de las cuidadoras. En este sentido, en varios momentos del proceso de investigación fue necesario realizar el ejercicio de toma de distancia en tanto investigadora y persona para poder avanzar en el desarrollo de la investigación. Ello a raíz de que los propios relatos de las situaciones laborales y el sentir de las trabajadoras afectaron, por momentos, la capacidad de colocarme en el rol de investigadora por sobre el de mujer y cuidadora. Mi condición de mujer y mi experiencia como cuidadora familiar no remunerada son aspectos que tuvieron que ver con el proceso de identificación con el sentir de las trabajadoras respecto a las injusticias experimentadas en el ámbito laboral en relación con el trabajo de cuidados realizado. Estos aspectos incidieron en que como investigadora me viera enfrentada a la carga emocional derivada de la toma de contacto, a través del análisis, de las situaciones y condiciones de las personas en situación de dependencia atendidas en los servicios de ambas ciudades y, de manera más amplia, de la desvalorización del trabajo de cuidados, a pesar de ser una tarea esencial para la reproducción de la sociedad en su conjunto y del bienestar de las personas en particular. Esto constituyó uno de los principales desafíos a ser sorteados en el proceso de investigación y elaboración de la presente tesis doctoral.

CAPÍTULO 3.

ANÁLISIS: LA CUALIFICACIÓN ASOCIADA AL EMPLEO DE CUIDADOS EN DOMICILIO

Introducción

Este capítulo está orientado a examinar y analizar las características y el alcance de los aspectos esenciales y constitutivos del contenido del trabajo de cuidado en domicilio efectivamente realizado por las trabajadoras en sus prácticas laborales cotidianas en ambas ciudades que forman parte del estudio.

Efectivamente, el trabajo se concibe como aquellas tareas y acciones que llevan a cabo diaria y sistemáticamente las trabajadoras cuando ejecutan la actividad laboral de cuidados en domicilio en el marco de ese tipo de servicios y que va más allá de las tareas prescritas ligadas a los modelos de atención y organización del servicio en ambas ciudades estudiadas.

Es a partir del estudio del contenido del trabajo efectivamente realizado que se procura develar la integralidad y complejidad del trabajo remunerado de cuidados mediante el estudio de los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo señalados a continuación: los niveles de responsabilidad, autonomía y las competencias técnicas específicas (experticia) demandados, así como los riesgos laborales a los que se enfrentan quienes se ocupan en este puesto de trabajo. Estas dimensiones son consideradas como aspectos que forman parte de los requerimientos técnicos ligados (o que deberían estar) a la cualificación asociada al puesto de trabajo.

Para ello, en primer lugar se presenta el modelo de análisis que explicita y sintetiza la perspectiva conceptual y analítica adoptada para examinar las dimensiones antes mencionadas y sus respectivas relaciones en distintos niveles de análisis (micro y macrosocial), elaborado para orientar la estrategia de análisis desarrollada a lo largo del presente capítulo. Posteriormente se examina el contexto político institucional del que provienen los aspectos normativos y regulatorios en relación con los modelos de atención y su incidencia en las características diferenciales de los servicios de atención en ambos contextos estudiados. Esto, a raíz de que dichos contextos establecen las regulaciones que

encuadran institucional y organizacionalmente el trabajo efectivamente llevado a cabo por las trabajadoras en ambos servicios de atención en las dos ciudades estudiadas. En segundo lugar, se estudian las características del trabajo en torno a las dimensiones centrales del trabajo efectivamente realizado y los requerimientos técnicos derivados de estas. Más específicamente, se analizan los grados de responsabilidad, autonomía, competencias y riesgos laborales concebidos como los requerimientos y exigencias técnicas del puesto de trabajo. Luego, se estudian las formas de adquirir las competencias laborales específicas y el papel que en ello juega la formación en cuidados. En tercer lugar, se aborda el estudio de los mecanismos simbólicos y materiales que se supone operan en la invisibilización de la cualificación asociada al puesto de trabajo, concebida como resultado de la desvalorización del trabajo típica y tradicionalmente femenino de carácter reproductivo (siendo el trabajo remunerado de cuidado de personas en situación de dependencia un caso paradigmático).

3.1. El modelo de análisis

El modelo de análisis explicita los conceptos y las premisas centrales de la investigación, así como las relaciones entre las distintas dimensiones contempladas en el análisis. Asimismo, da cuenta de la perspectiva analítica empleada para examinar el vínculo entre las dimensiones estudiadas y el nivel micro y macrosocial, la estructura social y la agencia humana.

En consecuencia, la perspectiva analítica asumida adopta una mirada que contempla la agencia o acción humana —y, en particular, la actividad o el trabajo remunerado de cuidados en domicilio— como parte del nivel microsociedad de la realidad, y la dimensión de tipo estructural reflejada en las dimensiones relativas a las políticas públicas orientadas al abordaje de la dependencia y cuidados y los modelos de atención para analizar su impacto en la cualificación asociada al empleo de cuidados en domicilio en ambas ciudades estudiadas. Ello, concibiendo que la definición y la categorización respecto a su grado de cualificación está mediada y condicionada por aspectos vinculados a la estructura social, es decir, al nivel macrosociedad de la realidad, y que, asimismo, las acciones individuales y de colectivos humanos organizados y no organizados inciden a nivel de las estructuras e instituciones macrosociales.

Si bien el modelo de análisis adoptado en esta investigación se focaliza en el estudio del trabajo remunerado de cuidados y, por lo tanto, aborda el estudio de aspectos ligados a la agencia humana, el análisis de su cualificación, tiene en cuenta el nivel macro de la realidad social, al examinar no solo cómo las trabajadoras llevan a cabo la actividad laboral, sino al orientarse a explicar cómo las exigencias técnicas y las condiciones materiales bajo las cuales

esta es llevada a cabo dependen, en parte, de elementos vinculados a la estructura social o nivel macrosocial como lo son las políticas públicas y los modelos de atención de las personas en situación de dependencia que regulan o no ciertos aspectos técnicos del servicio en el marco del cual el trabajo de cuidados en domicilio es desarrollado en ambos casos de estudio. Es por ello que la perspectiva analítica empleada en esta investigación, integra la mirada micro y macrosocial de la realidad y sus interrelaciones, bajo el entendido de que solo a partir de un abordaje integral de ambos niveles es posible elaborar explicaciones satisfactorias — aunque no suficientes— del fenómeno objeto de estudio.

Se selecciona un enfoque teórico integral sobre la cualificación que incorpora elementos de la perspectiva sustancialista (requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo), de la relativista (cualificación como proceso de construcción social) y también el análisis del sesgo de género asociado a dicho proceso. Se entiende que la definición y categorización de la cualificación vinculada a un determinado puesto de trabajo está mediada por un proceso de construcción social que es conflictivo y en el que no solo intervienen aspectos y criterios objetivos determinados por sus requerimientos técnicos, sino por otros de carácter subjetivo, tales como las creencias o estereotipos sociales, que no escapan a las disputas y luchas entre actores y grupos sociales.

La tradicional e histórica división sexual del trabajo es concebida como un factor estructural vinculado a la estructura social o al nivel macrosocial que ha condicionado los procesos de valoración social diferencial de las actividades humanas según sean tradicionalmente femeninas o masculinas, así como las habilidades necesarias para llevarlas a cabo. Así, las representaciones sociales se sustentan en gran parte en esta división sexual del trabajo, en la que las mujeres son vinculadas al ámbito doméstico, reproductivo y no remunerado, mientras que a los hombres se los asocia al ámbito público y al trabajo «productivo» y remunerado. De ello también se desprenden estereotipos o representaciones sociales asociadas a las habilidades y cualidades de hombres y mujeres basadas en las diferencias de género, que vinculan a las mujeres con lo emocional y con las capacidades interpersonales y a los hombres con lo racional y con las capacidades técnicas. Así, el ámbito doméstico, al que en concreto se adscribe la actividad de cuidados en general, así como el trabajo remunerado de cuidados en domicilio en particular, se mantiene como la base ideológica de lo emocional y del trabajo emocional asociado a las mujeres y sus cualidades innatas para ello. Esto, en detrimento concebir el trabajo remunerado de cuidados no solo cuidados como un buen «sustituto» del cuidado familiar no remunerado, sino de la generación de condiciones necesarias para el desarrollo de la actividad laboral de cuidados de forma profesional.

El trabajo típicamente masculino realizado fuera del ámbito familiar ha gozado de mayor prestigio y estatus social que aquel realizado tradicionalmente por las mujeres en el

ámbito doméstico. En esta línea, las valoraciones y concepciones que se han producido y reproducido sobre las diferencias de género se traducen en apreciaciones diferenciales respecto a la utilidad social y el prestigio asociados a uno u otro tipo de trabajo, incidiendo en la definición y categorización social de la cualificación asociada a los distintos tipos de trabajos remunerados, siempre desventajosa o desfavorable en relación con los trabajos típicamente femeninos.

Las creencias en torno a las diferencias a nivel de los roles de género, los modelos de familia y los ideales de cuidado, inciden en el diseño político e institucional para el abordaje de la atención y los cuidados de las personas en situación de dependencia en las sociedades actuales. Dichas creencias influyen en la distribución de las responsabilidades de cuidado entre sus miembros, así como entre los distintos actores sociales (Estado, familias y sociedad civil y empresarial), afectando la configuración social de las opciones relativas a la provisión del cuidado para la cobertura de las necesidades derivadas de la situación de dependencia (James, 1992 y Pfau-Efinger, 2005). Una primera distinción al respecto tiene que ver con que haya responsabilidad estatal (pública) respecto a la atención a la dependencia y la cobertura de las necesidades de cuidado. A partir de ello, las posibilidades de cubrir las necesidades de cuidado de los y las ciudadanos/as en cada sociedad son distintas en función de la existencia de una política pública orientada a la atención a la dependencia, viabilizada a través de prestaciones sociales de carácter público y universal (servicios y o transferencias monetarias). La existencia —o no— de responsabilidad estatal respecto a la provisión de atención y cuidados determina si hay o no regulación y control estatal respecto a la organización y las características del servicio, así como las condiciones técnicas y la calidad de la atención provista. Así, el contexto cultural (creencias y valores sociales) subyacentes en la existencia de políticas públicas de cuidado o no, y por tanto las diferencias relativas a los modelos de atención (público o privado) y provisión de cuidado en domicilio, tienen implicancias directas en la regulación del empleo de cuidado ejecutado en el marco de la provisión del servicio de atención en dicho ámbito.

Los modelos de atención condicionan las características de los servicios, las cuales, a su vez, moldean rasgos o dimensiones del contenido del trabajo efectivamente realizado, no solo a nivel de las condiciones técnicas que lo pautan, sino de las condiciones materiales en el marco del cual este es llevado a cabo (salario, modalidad de contrato, soporte técnico a nivel organizacional, posibilidades de promoción, etcétera).

La naturaleza de los modelos de atención favorece o merma la emergencia de mecanismos de producción y reproducción de la desvalorización asociada a un trabajo típicamente femenino como el de cuidados, habilitando u obstaculizando la visibilización de los requerimientos técnicos ligados al puesto de trabajo. Dichos mecanismos reflejan la

valoración sobre su cualificación y, de forma más general, el tratamiento y concepción relativa al trabajo de cuidados.

El análisis del trabajo efectivamente realizado a partir del cual se examinan los requerimientos y las exigencias técnicas ligadas al puesto de trabajo, así como posteriormente los mecanismos de producción y reproducción de la desvalorización asociados a él, tiene en cuenta las características de su contenido en función de sus dimensiones centrales (física y emocional). De ellas se deriva el estudio de las tareas y de la actividad laboral en su conjunto, así como las implicancias en términos de grados de responsabilidad, autonomía, riesgos laborales y competencias laborales específicas requeridas en el puesto de trabajo, así como las formas de adquirirlas, en tanto dimensiones concebidas como requerimientos o exigencias técnicas ligadas al puesto de trabajo.

Se tiene en cuenta el enfoque de la construcción social sexuada de la cualificación, que plantea que la cualificación y su valoración y definición se encuentran sesgadas o condicionadas por el género al que es asociada la actividad laboral (típicamente femenina o masculina), proceso que incide en la desvalorización del trabajo de cuidados en general, en tanto actividad tradicionalmente femenina, y en el trabajo remunerado de cuidados en particular. Dicha desvalorización social puede estar vinculada al desajuste entre los altos niveles de exigencias y requerimientos técnicos del puesto de trabajo de cuidados en domicilio analizado y la definición y tratamiento de su nivel de cualificación, reflejado en los mecanismos simbólicos y materiales de desvalorización analizados en este capítulo.

Finalmente, resta decir que las dimensiones y los aspectos analizados a nivel micro —es decir del trabajo efectivamente realizado por las trabajadoras— no dejan de estar, en parte, condicionados por los aspectos o factores a nivel macro —es decir, las políticas públicas, las creencias y los modelos sociales detrás de ellas y los modelos de atención subyacentes en cada una de las ciudades en las que el trabajo remunerado de cuidados en domicilio desarrollado en el marco de los servicios de atención o acompañamiento es estudiado—. Es por ello que el modelo de análisis propuesto tiene en cuenta los distintos niveles de la realidad social y sus interconexiones, a partir de lo cual se orienta a explicar la cualificación asociada al trabajo remunerado de cuidados. En concreto, el modelo de análisis a partir del cual se desarrolla el análisis que se presenta a continuación, se orienta a explicar cómo se produce la invisibilización de los requerimientos técnicos ligados al puesto de trabajo y el desajuste entre estos y la valoración social de la cualificación asociada a él.

3.2. Las características de los modelos de atención y su impacto en los servicios en Barcelona y Montevideo

El cuadro 1 procura sintetizar los aspectos centrales vinculados a las diversas dimensiones analizadas en esta sección en relación con la naturaleza de los modelos de atención y su impacto en las características de los servicios de atención en ambas ciudades analizadas, las cuales inciden en las condiciones técnicas y laborales bajo las cuales el trabajo remunerado de cuidados es llevado a cabo.

En primer lugar, la naturaleza pública o privada del servicio de atención en domicilio en ambos contextos abordados en este estudio define aspectos centrales en relación con las características del modelo de atención y las regulaciones que pautan institucional y organizacionalmente el tipo de servicio provisto y la atención directa a las personas dependientes la cual constituye el trabajo remunerado de cuidados que se analiza en este capítulo.

Como fuera analizado en la sección 1.2 del capítulo 1, en el caso barcelonés el servicio es de carácter público, lo que implica la existencia de una responsabilidad así como de garantías estatales respecto la protección y efectivización del derecho a recibir cuidados en domicilio de los y las ciudadanas que requieren de este tipo de ayudas y que viven en su domicilio a raíz de su condición de dependencia. La relación que se establece entre las personas dependientes y usuarias del servicio y sus responsables (el Estado en última instancia con independencia de quién ejecute su provisión) se basa y encuadra en un marco de derechos sociales y ciudadanos. En contraposición a esto, la naturaleza del servicio en el caso montevideano es privado y se caracteriza por ser una relación usuario-servicio de tipo mercantil, en el sentido de que la responsabilidad de las empresas proveedoras del servicio está ligada con la garantía de los derechos de consumidor, donde la no responsabilidad estatal respecto a la provisión del servicio o su regulación no garantiza el encuadre de derechos sociales, ni la protección del derecho específico a recibir cuidados de la población que se encuentra situación de dependencia.

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN BARCELONA Y MONTEVIDEO

Dimensiones	Barcelona	Montevideo
Naturaleza del modelo de atención: encuadre institucional y organizacional	Público: garantía estatal de protección derechos ciudadanos	Privado: no garantía estatal de protección de derechos ciudadanos
Encuadre institucional-organizacional: relación personas usuarias-servicio atención	Usuarios/as: ciudadanos con derechos sociales, contrato usuarios/as, servicios sociales, ayuntamiento	Usuarios/as: clientes con derechos del consumidor - contrato usuarios/as empresas u organizaciones sociedad civil
Población atendida	personas en situación de dependencia con PIA y núcleos familiares en situación de riesgo social (fundamentalmente adultos con dependencias derivadas de vejez o enfermedades o patologías físicas y mentales y núcleos familiares)	personas que contraten el servicio (fundamentalmente adultos en situación de convalecencia)
Duración del servicio	larga duración	corta duración
Modalidades de atención	tres modalidades: preventiva, asistencial y socioeducativa	una modalidad: asistencial
Regulación de actuación de perfiles profesionales	a nivel organización del servicio y trabajo: regulados estatalmente según Pliego perfiles profesionales diferenciales según puestos de trabajo	a nivel de organización del servicio y trabajo: sin regulación estatal sobre perfiles profesionales según puestos de trabajo
	formación específica según puesto de trabajo: en atención directa regulación estatal Trabajadoras familiares (750 horas formación) para modalidad socioeducativa, resto modalidades 350 horas formación mínima requerida	formación específica según puesto de trabajo: no existe regulación estatal, librado a criterio de agentes privados proveedores del servicio
Relaciones laborales	función y tareas: más amplias en las tres modalidades de servicio	más reducidas: tarea básicas de carácter asistencial
	contrato fijo según total horas semanales (33 a 37 como tope)	contrato zafral: en función de totalidad horas realizada
	Salario mínimo establecido por laudo en Convenio colectivo no específico del sector cuidados	salario mínimo establecido en convenio y según fijación de precio hora en Pliegos por parte del Ayuntamiento
Soporte técnico organizacional	mínimo seguimiento de casos por coordinadoras servicio y consultas de trabajadoras y Ayuntamiento y mínimos mecanismos de prevención riesgos laborales (reuniones esporádicas grupales para tratamiento colectivo casos)	soporte técnico a nivel organizacional: nulo-escaso seguimiento de casos y soporte a técnico a trabajadoras, sin mecanismos de prevención de riesgos laborales

Fuente: elaboración propia

Dado que en caso barcelonés la naturaleza pública del SAD se refleja en el tipo de contrato establecido entre las personas usuarias del servicio, esto es los y las ciudadanos/as y el Ayuntamiento de Barcelona, en tanto responsable estatal en última instancia de la

provisión del SAD y, de manera más general, de la garantía y efectivización de los derechos sociales reconocidos y amparados por el Estado. Tal como se ha mencionado en la sección 1.2 del capítulo 1, el modelo de atención en el caso barcelonés se encuentra externalizado, lo que significa que su ejecución es realizada por empresas u organizaciones de la sociedad civil contratadas por el Ayuntamiento. El tipo de atención a ser recibida y las prestaciones derivadas de esta para las personas en situación de dependencia, ya sea mediante servicios o ayudas monetarias —entre las cuales puede colocarse el SAD—, es determinado en función de una valoración del grado y tipo de dependencia. A partir de dicha valoración, un equipo multidisciplinario a cargo de los servicios sociales estatales elabora un Plan Integral de Atención (PIA). Este plan especifica las prestaciones y o servicios que le corresponden a cada persona. Así, dicho plan puede prever la incorporación del SAD en alguna de sus tres modalidades (socioeducativa, asistencial o preventiva) y establecer su duración y frecuencia, explicitadas en un contrato entre sus usuario/as y el Ayuntamiento.

Por otro lado, en el caso montevideano el servicio es privado y el derecho a recibir cuidado no es reconocido ni garantizado por el Estado. Más específicamente, no existe responsabilidad estatal respecto a la atención mediante un servicio de las necesidades de las personas en situación de dependencia en domicilio y, en consecuencia, no se cuenta con un servicio de carácter público y universal para cubrir las necesidades de cuidado en dicho ámbito. Sin embargo, dada la demanda de cobertura de necesidades de cuidado de las personas en situación de dependencia en domicilio, existen desde hace más de quince años empresas privadas que ofrecen el servicio de atención denominado usualmente «servicio de acompañamiento o compañía», orientado a cubrir algunas de las necesidades de cuidado de las personas que contratan el servicio, tanto en instituciones hospitalarias como en sus respectivos domicilios. En esta línea, las empresas privadas u organizaciones de la sociedad civil existentes en el mercado establecen un contrato específico entre el o la cliente que será usuaria del servicio. Asimismo, las empresas de compañía o acompañamiento uruguayas suelen ofrecer una única modalidad de servicio de tipo asistencial, donde lo que varía es la cantidad de horas de atención contratada por las personas que serán clientes y usuarios/as del servicio.

Ahora bien, más allá de los aspectos asociados al encuadre de la relación o vínculo entre usuario/as-clientes y el servicio y sus entidades prestadoras y responsables en función de la naturaleza de los modelos de atención en los que se configura el trabajo remunerado de cuidados en domicilio estudiado, dichos modelos condicionan las características de la organización del servicio en ambas ciudades, las cuales afectan a su vez a los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo, así como al contenido del trabajo efectivamente llevado a cabo.

En el caso barcelonés, uno de los aspectos asociados a la naturaleza pública del servicio es que cuenta con regulación estatal a nivel de ciertas condiciones técnicas relativas a su prestación, las cuales afectan al contenido del trabajo. Ello, más allá de que el trabajo se enmarque y regule a partir de una relación laboral entre las trabajadoras y los agentes privados que proveen el servicio en el Ayuntamiento, tal como lo señala Recio (2014). Más específicamente, la naturaleza del modelo de atención incide en las formas en las que se organiza el servicio en domicilio y en cuáles son sus modalidades de atención y, por lo tanto, en las condiciones técnicas que pautan el servicio a ser provisto.

En esta línea, el SAD barcelonés provee, como se dijo, tres modalidades de atención en relación con su contenido: asistencial, socioeducativa y preventiva. Sin embargo, en los relatos de las trabajadoras barcelonesas entrevistadas se da cuenta de que las prácticas laborales cotidianas pertenecen fundamentalmente a las dos primeras. Esto se debe a que la prevención es algo que procuran realizar en estas dos modalidades y está ligada a controlar la evolución de la condición de dependencia así como a prevenir su deterioro o su empeoramiento en el marco del servicio provisto. Más allá de esto, la modalidad socioeducativa supone la atención de casos más complejos, dado el alto grado de dependencia de la personas atendidas, así como la mayor gravedad de las situaciones y problemáticas a ser abordadas por las trabajadoras. Ello trae aparejados grados más elevados de responsabilidad y autonomía requeridos para ejecutar la atención directa a las personas, a diferencia de lo que sucede en las otras modalidades. En esta línea, la regulación estatal establece que la modalidad de atención socioeducativa solo puede ser llevada a cabo por trabajadoras que cuentan con la titulación de Trabajadora Familiar y está dirigida a usuarios/as en situaciones de vulnerabilidad social y que tienen problemáticas personales y familiares graves.³³ La atención incluye la asistencia al núcleo familiar, tanto de los adultos como de los niños/as u adolescentes que lo conformen. Por lo general, la dificultad, la preparación y la formación exigidas a las trabajadoras que desarrollan esta modalidad de servicio es mayor que el resto de las modalidades, ya que las trabajadoras deben lidiar con situaciones que implican asistir en la resolución o toma de decisión y ejecución de acciones ante problemáticas graves y complejas, lo que plantea la necesidad de asumir mayores niveles de responsabilidad y autonomía en el trabajo. Las funciones y tareas de las trabajadoras familiares de la modalidad socioeducativa del SAD se describen en el siguiente relato:

Es una madre sola, el padre, pues, bueno, con una problemática... Entonces yo las tengo que levantar, [darles el] el desayuno, vestirlas y llevarlas cada día a la escuela, pero, claro, esto es un decir, porque estas nenas no son de una familia

³³ Dicha regulación se encuentra explicitada en el Pliego de Condiciones del Ayuntamiento que regía para el período durante el cual fue llevado a cabo el trabajo de campo de esta investigación (2009-2010).

normal, entonces eso es muy difícil, muy difícil. Mi trabajo es con las niñas, ayudar a la madre con las niñas pero, bueno, tengo mucho *feeling* con ella y a veces pues no lo combinamos también a veces llevo al niño a la guardería, depende pues de si a lo mejor hay un día que ella no esté bien. Cada día es una sorpresa. Entrar a ese domicilio cada día es una sorpresa, porque no sabes nunca cómo te encontrarás a la madre y a las niñas pues, claro, son muy rebeldes. Ella les ha marcado mucho la ausencia del padre y son violentas a veces (barcelonesa, 40 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 7).

Habitualmente la atención en el marco de la modalidad socioeducativa del SAD tiene un alcance más amplio y requiere de la ejecución de funciones y tareas más complejas que en el resto de modalidades (asistencial y preventiva) por parte de las trabajadoras que la ejecutan. En la modalidad socioeducativa no solo se trata de asistir al desarrollo de las actividades básicas de las personas adultas y no adultas del hogar en situación de dependencia, sino, sobre todo, de ser soporte para la integración social o educativa del núcleo familiar atendido. Esto se refleja en el siguiente fragmento de entrevista:

Uno de los más difíciles es un caso de síndrome de Diógenes. Esta señora en principio es una *borderline*, tiene una inteligencia limitada, pero aparte con un trastorno de la conducta. Conseguí que la casa estuviera más o menos ordenada, dentro de su hábito, porque tampoco puedes entrar y decirle... Tienes que respetar un poco. Ahora le ha dado por dejar la medicación. Desde el momento en el que ha dejado la medicación es horrible. Tengo bastantes enfrentamientos porque siempre tienes que saber hasta dónde llegar (barcelonesa, 34 años, nacionalidad española, auxiliar de enfermería y trabajadora familiar, Ref. 17).

En el siguiente extracto de entrevista se da cuenta de la mayor complejidad de los casos ligados a la ejecución de la modalidad socioeducativa del servicio en el caso barcelonés, respecto a las restantes modalidades que este ofrece:

También llevo un caso de drogodependencia, un caso de familia. Son casos muy duros, estos son casos más complicados. Ella ha estado en el mundo de las drogas muchos años, ya tiene 55 años. Vive con su hijo que tiene 33. Ahora ya no consume, está con la metadona. Ella tiene un sentimiento de culpabilidad que la ha encerrado en sí misma, tiene una depresión que es deprimente. Donde viven es deprimente. Ni se limpian (barcelonesa 42 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 18).

Por otra parte, en el caso montevideano existe una única modalidad de atención que es el acompañamiento al cliente usuario del servicio (y no al núcleo familiar) de carácter asistencial, tanto durante su proceso de hospitalización en centro médico como en su domicilio. La modalidad asistencial en el caso montevideano y barcelonés se asemeja

bastante, en la medida en que está orientada a brindar soporte a las personas para la realización de actividades cotidianas tales como el aseo e higiene, la alimentación, el cambio de ropa, la toma de medicación, y los desplazamientos dentro y fuera del hogar. Sin embargo, en el caso montevideano, solo aquellas trabajadoras que tienen experiencia laboral y capacidad para asumir los altos niveles de responsabilidad y autonomía requeridos para el trabajo en el ámbito domiciliario suelen ser destinadas por la empresa a trabajar en este tipo de modalidad.³⁴ Esto se debe a que en el domicilio las trabajadoras no cuentan con el soporte y apoyo técnico del personal de la institución hospitalaria a cargo de la salud de las personas que están siendo atendidas en el marco del servicio de acompañamiento cuando este es llevado a cabo en sanatorios o instituciones hospitalarias. De ello da cuenta el siguiente relato:

En domicilio depende de la patología del paciente. Yo a esta señora con Alzheimer lo que tiene es que hay que auxiliarla, ella no es tan autoválida. Hay que auxiliarla de vez en cuando para ir al baño, para comer. A veces está más independiente, a veces hay que auxiliarla más, estar con ella, darle cuidados, caminar, salir a caminar, cambios de cúbito: cuando está acostada boca arriba pasarla a lateral, irla moviendo (montevideana, 38 años, nacionalidad uruguaya, con curso de acompañante de la empresa en la que se ocupa, Ref. 45).

Por otro lado, existen diferencias a nivel de la regulación respecto a la actuación de los perfiles profesionales asociados al servicio en ambos casos analizados, a raíz de la naturaleza del modelo de servicio en ambos casos estudiados. En el caso barcelonés existe regulación preestablecida estatalmente para la actuación los distintos perfiles profesionales en torno a la organización y provisión del servicio (trabajadores sociales a nivel de la coordinación del servicio y trabajadores familiares en la modalidad de SAD socioeducativo, etc.). En particular, dicha regulación establece requisitos formativos mínimos para los distintos perfiles, entre ellos los vinculados a la atención directa. Así, quienes se desempeñan en la modalidad asistencial deben tener un curso de al menos 350 horas de duración, como un prerrequisito para el acceso al empleo de cuidado en domicilio en el marco del SAD, mientras que para acceder a trabajar en la modalidad «socioeducativa» se exige, como se dijo, la titulación de Trabajadora Familiar (curso de 750 horas). Esto está establecido en el Pliego de Condiciones que regula la prestación del servicio de atención de las empresas u OSC. Como puede apreciarse en el Anexo, en el caso barcelonés todas las trabajadoras han hecho como mínimo un curso específico con dicha carga horaria (Auxiliar en Geriátrica y Auxiliar en Enfermería son los dos cursos de menor carga), para cumplir con el requisito formativo mínimo exigido por el Ayuntamiento a las empresas u organizaciones que prestan el servicio, a la hora de

³⁴ Dicha información fue corroborada por las personas encargadas de recursos humanos de las empresas que formaron parte del estudio en el caso montevideano.

contratar a trabajadoras para ejecutar la atención directa a usuarios/as en el marco de la prestación del servicio en domicilio.

En contraposición al caso barcelonés, en el montevideano no existe una regulación pública y estatal relativa a la actuación de los distintos perfiles profesionales que pueden formar parte de la estructura organizativa del servicio privado de acompañamiento o compañía, tanto en sanatorio como en domicilio. Así, la formación y actuación de las trabajadoras que acceden al puesto de trabajo queda librado a criterio de las empresas u organizaciones que proveen el servicio. A su vez, tampoco existe regulación estatal respecto a la formación específica básica como prerrequisito de acceso a los puestos de trabajo asociados al servicio provisto. De esta forma, en Montevideo los servicios de atención, al ser de carácter privado y sin regulación estatal, no cuentan con requisitos o regulación relativa a la formación específica en cuidados en tanto condición para el acceso al puesto de trabajo de atención directa a personas que son sus usuarias. Como es posible observar en el Anexo, existen trabajadoras montevideanas que no tienen ningún tipo de formación específica en cuidados o áreas similares. Así, las empresas tienen la libertad para contratar a trabajadoras/es que no cuentan con una formación específica en cuidados. Al respecto, cabe señalar que las empresas seleccionadas y estudiadas en el caso montevideano han señalado que les exigen a las trabajadoras la realización de un curso de formación específica en cuidados de una duración total de ocho horas para poder acceder al empleo.³⁵ Asimismo, el curso de formación que ofrece una de las empresas seleccionadas para el estudio no forma parte de la formación permanente y gratuita en el puesto de trabajo, sino que debe ser financiado por quienes deseen realizarlo.

Dadas las diferencias anteriormente descritas a nivel de la regulación de la formación específica en cuidados en ambos casos de estudio, el mismo cuadro refleja que en el caso montevideano existen trabajadoras que, aún sin contar con una formación específica en cuidados, acceden y se desempeñan en el puesto de trabajo. Por el contrario, en el caso barcelonés, todas las trabajadoras tienen al menos una formación específica inicial de base de cómo mínimo 350 horas de duración (ya sea de Auxiliar de Geriatría o de Auxiliar de Enfermería).

En el caso barcelonés, el modelo de atención en domicilio que caracteriza al servicio provisto por las empresas u organizaciones prestadoras conlleva a que el papel que juega la formación específica en cuidados sea más relevante que en el caso montevideano, en tanto en este último no existen obligaciones o especificaciones estatales que regulen que las empresas

³⁵ Información recabada mediante las entrevistas semiestructuradas a las personas responsables de recursos humanos de ambas entidades privadas prestadoras del servicio de acompañamiento en el caso montevideano.

u otras instituciones exijan mínimos a nivel de la formación específica para acceder al empleo en el marco de este tipo de servicios.

La percepción de las trabajadoras en ambos casos estudiados es que deberían contar con mayor formación inicial de base así como con formación de actualización la permanente, que la consideran una herramienta imprescindible para estar preparadas para asumir adecuadamente los desafíos, niveles de responsabilidad y exigencia técnica, y para prevenir los riesgos laborales asociados al trabajo que desarrollan.

Las características diferenciadas del servicio ligadas a la naturaleza pública o privada del modelo de atención en los dos contextos analizados dan forma a las relaciones laborales que estructuran el empleo de cuidados en domicilio, no solo a nivel formal, sino respecto al tipo de vínculos que se establecen entre las trabajadoras y los usuarios/as del servicio y que tienen incidencia a nivel de contenido del trabajo desarrollado. Al respecto, una de las características diferenciales entre ambos tipos de servicio tiene que ver con la duración de su prestación. Esto se debe a que en el trabajo de cuidado en domicilio de personas en situación de dependencia la dimensión relacional es central, dado que consiste en ayudar a los usuarios/as del servicio a llevar a cabo las actividades básicas de su vida cotidiana. Por lo tanto, el relacionamiento entre las trabajadoras y los usuarios/as del servicio es la esencia del trabajo a ser realizado. Más allá de esto, las trabajadoras se interrelacionan cotidiana y permanentemente con los usuarios/as del servicio, con personas allegadas a ellos (pareja, familiares o amigos/as o que forman parte de su entorno próximo, como vecinos/as, médicos/as, etc.), así como con los responsables directos de la empresa u organización de la OSC que las contrata, quienes suelen denominarse en ambos casos como coordinadoras/es de servicio. En este punto, es preciso mencionar que, en el caso barcelonés, las trabajadoras suelen además interactuar con las trabajadoras/es sociales responsables del servicio por parte del Ayuntamiento de Barcelona.

Con independencia de los múltiples vínculos construidos entre las trabajadoras y los distintos actores involucrados en la prestación del servicio, en ambos casos estudiados, la relación con los usuarios/as del servicio es la de mayor trascendencia respecto al contenido del trabajo, en la medida en que el servicio se basa en la atención y el cuidado de la persona destinataria de este. En este aspecto, el vínculo que se establece entre las trabajadoras, y las personas usuarias se enmarca en una relación de dependencia que transcurre, por lo general, en el marco de una delicada y compleja situación personal en la que usualmente se encuentran inmersos quienes son usuarios/as del servicio en ambos casos analizados.

En el caso barcelonés el servicio de atención es de «larga duración», es decir, está orientado a usuarios que tienen, por lo general, un tipo y grado de dependencia que es permanente y que suele deteriorarse con el paso del tiempo, razón por la cual el servicio provisto suele ser de largo alcance en el tiempo. Por el contrario, en el caso montevideano se

trata de servicios de «corta duración» ofrecidos por las empresas en el rubro contratado por usuarios/as que padecen de alguna enfermedad terminal o que deben afrontar una operación y el proceso de recuperación posterior en sus domicilios. Igualmente, los clientes cuentan con la opción de contratar horas adicionales de servicio en caso de requerirlo y poder costearlo.

Ligado con lo anterior, si bien el perfil de usuarios/as más comúnmente atendido tanto en el caso barcelonés como montevideano, son las personas adultas mayores de 75 años con problemáticas y patologías que suelen estar asociadas a los procesos de envejecimiento o enfermedad. Adicionalmente, gran parte de estos usuarios viven en condiciones de aislamiento o soledad, dada la ausencia de personas cercanas con tiempo disponible para ayudarlas cotidianamente con su cuidado personal. En particular, en el caso barcelonés, una proporción menor de usuarios/as atendidos/as son niños/as o personas adolescentes y adultas con patologías o enfermedades (físicas o mentales) que tienen una dependencia grave o severa. Entre los usuarios/as menores de sesenta años, suelen ser comunes las enfermedades físicas como la obesidad mórbida, la ceguera y las hemiplejias de diversa índole y gravedad.

Por otro lado, respecto a los usuarios con patologías o problemas mentales, la modalidad socioeducativa del SAD incorpora la atención a familias en situación crítica o de vulnerabilidad social (como por ejemplo hogares monoparentales o desestructurados con padre o madre con adicciones o enfermedades mentales y problemas económicos). En este sentido, suelen ser frecuentes las enfermedades o patologías mentales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la anorexia, los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, el síndrome de Diógenes, etc. A su vez, son casos en los que las trabajadoras asisten no solo a un usuario/a, sino que por lo general también al núcleo familiar.

En el caso uruguayo, suelen ser atendidas personas adultas o adultas mayores que han padecido o están por recibir algún tipo de intervención quirúrgica o médica, razón por la cual se encuentran en estado de convalecencia médica y requieren de una trabajadora que los acompañe y cuide durante ese período de tiempo. Es por ello que el carácter del servicio suele ser de corta duración y así suele ser ofrecido en los paquetes que son vendidos a las personas que lo contratan.

Otro aspecto que es diferencial en relación con el modelo de atención detrás de los servicios en ambas ciudades analizadas tiene que ver con la delimitación y explicitación de las tareas específicas a ser ejecutadas durante la atención directa llevada a cabo por las trabajadoras en ambas ciudades estudiadas. En este sentido, es preciso señalar que las tareas llevadas a cabo no solo dependen de las necesidades de los usuarios a ser cubiertas en el marco del servicio provisto en cada caso, sino también que son moldeadas por los alcances y límites relativos a la modalidad del servicio y del perfil profesional de las trabajadoras que realizan la atención directa a las personas usuarias. Al respecto, en el caso montevideano la

función de la trabajadora y el perfil de acompañante es más limitado que el de la trabajadora familiar del caso barcelonés. Esto implica que las tareas específicas asociadas al perfil profesional y al puesto de trabajo usualmente llevadas a cabo por las trabajadoras montevideanas sean más reducidas que las de las barcelonés. Ello se debe en parte a que en Montevideo existe una sola modalidad de servicio que es la asistencial, mientras que en Barcelona se cuenta con las modalidades socioeducativa y preventiva, que cuales suponen y añaden funciones y tareas al rol de asistencia de quienes ejecutan el servicio. Más allá de esto, en la modalidad asistencial del caso barcelonés se identifican entre las tareas o funciones específicas asociadas al perfil profesional de quienes ejecutan la atención directa, una mayor amplitud del acompañamiento para la realización de actividades fuera del domicilio (visitas médicas, compras, paseos, etc.) a las personas atendidas, así como actuar como soporte para la realización de los trámites burocráticos requeridos para acceder y mantener las prestaciones estatales vinculadas a su condición de dependencia, tareas que se encuentran explícitamente establecidas en los protocolos de actuación que regulan el servicio prestado por las empresas proveedoras del servicio. Esto se refleja en el siguiente relato proporcionado por una trabajadora barcelonesa:

Ahora lo que tengo es mucha gente mayor, entonces hago baños, la higiene personal, la compra, gestiones de todo tipo: recetas, ir al médico, control de la receta, buscar la medicación cada cierto tiempo y cuando necesito más medicación pido hora al médico y hablo con ellos. La gente que yo tengo actualmente no sale mucho de casa, no pueden salir. Ahora entonces dependen completamente de que vayas (barcelonesa, 48 años, nacionalidad española, auxiliar en geriatría, Ref. 14).

Por el contrario, en el caso montevideano las trabajadoras no tienen dicha función, por el carácter privado del servicio, donde el soporte para la realización de actividades fuera del domicilio tiende a ser más limitado y puntual que en el caso barcelonés. En este sentido, los acompañamientos fuera del domicilio a las personas usuarias del servicio suele tener que ver con salir a comprarle algún alimento u objeto requerido, acompañarlas a alguna visita médica o a caminar. De ello da cuenta el siguiente fragmento de entrevista:

Más bien recordarle a la señora que tiene que tomar tal cosa. Ahora como acompañante podemos acompañarlos a hacer trámites, o sea, si tienen que ir al médico, entonces nosotros acompañamos o vamos al supermercado (montevideana, 41 años, nacionalidad uruguaya, auxiliar de enfermería, Ref. 31).

En ambos casos estudiados las trabajadoras llevan a cabo tareas de control y seguimiento del estado general de las personas usuarias del servicio, más allá de la vinculada al control específico respecto a la toma de medicación, que debe estar especificada por un profesional (médico/a a cargo de la persona atendida). Dichas tareas están ligadas al control

de la evolución del estado, de las enfermedades físicas y las problemáticas relativas a estas de los usuarios del servicio (como Alzheimer, hemiplejias, demencias, diabetes, esclerosis, entre otras) por parte de las trabajadoras.

Las trabajadoras no pueden, en ninguno de los casos analizados, realizar tareas de curación o de otro tipo vinculadas al trabajo propio y exclusivo de enfermería, de acuerdo a las pautas que regulan su actuación, tal como se observa en el relato presentado a continuación:

A veces, siempre bajo la supervisión médica, ayudamos a limpiar, sino no tocamos nada porque no podemos tocar nada, no curamos. Está estipulado en el contrato que tiene el Ayuntamiento con la empresa, y también como profesional lo sabes: sabes que no puedes curar. Ni yo como auxiliar de enfermería puedo hacerlo si no es bajo la supervisión de un médico o de una enfermera (barcelonesa, 46 años, nacionalidad española, trabajadora familiar y auxiliar de enfermería, Ref. 9).

Lo mismo sucede en el caso montevideano, en tanto las trabajadoras no pueden realizar tareas asociadas con la enfermería tales como la curación de llagas, de lastimaduras u otros tratamientos que sean requeridos por los usuarios/as del servicio, tal como se expresa el siguiente relato: «En general todos toman medicación, así que tenés que darle esa medicación a la hora y en la forma correcta. Vos no tenés por qué tocar nada» (montevideana, 50 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 33).

En lo que respecta a la jornada laboral de quienes llevan a cabo la atención directa del servicio, existen diferencias a raíz de las características de los servicios en ambos casos. Al respecto, en el caso barcelonés, la jornada de trabajo suele ser más corta dado que la carga horaria diaria varía entre seis u ocho horas diarias, de lunes a viernes. Por el contrario, en el caso montevideano la jornada suele ser de ocho horas diarias. No obstante, gran parte de las trabajadoras realiza jornadas de doce horas diarias, incluyendo los fines de semana, para obtener ingresos mayores.

En el caso montevideano las trabajadoras de las empresas privadas o cooperativas tienen un régimen de contrato laboral jornalero, es decir que cobran en función de las horas que efectivamente realizan que dependen en gran parte de la organización de la empresa, su demanda de servicios y de la cantidad de trabajadoras con las que cuente.

Por último, en ambos casos analizados la regulación de las relaciones laborales están, en parte, sujetas a los convenios colectivos asociados al sector, los tienen incidencia en los salarios mínimos o laudos ligados a los grupos o categorías profesionales de quienes se ocupan en los servicios de atención o acompañamiento en domicilio. En el caso barcelonés, si bien existe un convenio colectivo específico para el SAD, este coexiste con otros acuerdos que regulan los servicios sociales de carácter público en Cataluña, así como aquellos de carácter estatal de los servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción

de la autonomía personal. Durante el tiempo de la realización del trabajo de campo y de las entrevistas realizadas a las trabajadoras barcelonesas contratadas por empresas u organizaciones de la sociedad civil para la provisión del SAD, comenzaba a regir el V Convenio del sector de empresas de la atención domiciliaria (vigente desde el 1.º de enero 2010 al 31 diciembre de 2012).³⁶ No obstante, en el caso barcelonés, más allá de los convenios colectivos antes mencionados, a nivel de las relaciones laborales y, en particular, de la fijación del salario asociado a este puesto de trabajo, si bien estos establecen los montos mínimos de la hora de trabajo o los denominados laudos salariales, la remuneración está también condicionada por los Pliegos de Condiciones de la licitación pública para la provisión del servicio del Ayuntamiento de Barcelona por parte de las empresas u OSC. Esto se debe a que en dichos pliegos se determinan los montos máximos a ser otorgados por horas servicio y horas de coordinación, razón por la cual los salarios se regulan en función no solo de los laudos establecidos en los convenios colectivos, los cuales deben ser respetados, sino también por las condiciones técnicas y administrativas que regulan la provisión del SAD. Al respecto, según Recio (2014), el modelo externalizado de gestión del servicio en el caso barcelonés, permite explicar un empleo desarrollado en el sector privado pero eminentemente público, el cual genera que si bien las administraciones públicas tienen un poder importante en la fijación de las condiciones de empleo, no intervienen formalmente en el proceso de negociación colectiva de estas. Así, constituye un modelo privado de gestión que ha impactado en la configuración del mercado de los cuidados, a través del cual a nivel estatal se ha favorecido el desarrollo de distintas entidades (mercantiles y del tercer sector social) destinadas al cuidado de las personas y que a través de las concesiones que reciben de la propia Administración pública, a pesar de su titularidad jurídica y su filosofía de origen de naturaleza pública, inciden en la fijación de las condiciones de empleo.

En el caso montevideano y uruguayo en general, las trabajadoras que son contratadas por empresas que proveen servicios de acompañamiento pertenecen al grupo al subgrupo 15 que se denomina «Servicios de Salud y Anexos», dentro del cual coexisten tres subgrupos distintos: «Servicios de Acompañantes» (subgrupo 2), «Casas de salud y residencias de ancianos con fines de lucro» (subgrupo 3.1) y «Casas de salud y residencias de ancianos sin fines de lucro» (subgrupo 3.2). Estas categorías profesionales constituyen un colectivo en tanto grupo gremial específico (Mides, 2014). Al no contar con un sector propio y específico de cuidados y menos aún de cuidadores en domicilio, la regulación laboral según convenio, se realiza para categorías y grupos fragmentados, tal como sucede con el subgrupo 15, correspondiente a las trabajadoras en la órbita de servicios de acompañantes que establece

³⁶ Resolución EMO/509/2012 del 7 de febrero.

fundamentalmente laudos o mínimos salariales que regulan, en parte, la hora salario básica para quienes se ocupan en este tipo de empleo.

La siguiente sección se centra en analizar y visibilizar las dimensiones, características, requerimientos técnicos y mecanismos de desvalorización relativos al trabajo remunerados de cuidados llevado a cabo como la atención directa en el servicio público de atención en domicilio ofrecido en la ciudad de Barcelona y servicios privados de acompañamiento provistos en la ciudad de Montevideo.

3.3. El contenido del trabajo remunerado de cuidados en domicilio en los servicios de atención

En el paradigma o modelo tradicional de trabajo industrial predominante en el mundo del trabajo actual se concibe que el operario-trabajador cualificado en el sector industrial se forma y cualifica en este para practicarlo, mientras que en el sector de servicios, las cualificaciones o competencia laborales son usualmente concebidas como aspectos innatos o propios de la naturaleza de las personas que en él se ocupan. Diversos autores (Steinberg y Figart, 1999; Cancian y Oliner, 2000 y Payne, 2009) argumentan que los empleos en la industria de servicios se caracterizan por la multiplicidad y complejidad de las tareas y competencias laborales que requieren ser llevadas a cabo por quienes en él se ocupan, así como los riesgos laborales ligados tanto a la alta carga física como emocional a los que se enfrentan.

El estudio del contenido del trabajo y sus requerimientos técnicos que se presenta en esta sección está orientado a examinar las dimensiones centrales del trabajo remunerado de cuidados en domicilio y a analizar si este comparte características las objetivas que han sido comúnmente empleadas para categorizar a los trabajos como cualificados o no cualificados, tales como la complejidad, necesidad de discreción, responsabilidad y autonomía (Littler, 1982).

Los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo de cuidado en el marco de los servicios de atención en domicilio analizados, dependen de las características del contenido del trabajo efectivamente realizado, el cual excede a aquello prescrito o explicitado en los protocolos de actuación, los perfiles profesionales o normativas que regulan las características de los servicios analizados en la sección anterior.

Para ello, el análisis desarrollado a continuación examina el contenido del trabajo efectivamente realizado por los trabajadores, así como los requerimientos técnicos que le están asociados, a partir de las dimensiones centrales que estructuran las prácticas laborales

cotidianas de quienes se ocupan en el puesto de trabajo en ambas ciudades estudiadas. Las características asociadas a las dimensiones centrales que se identifican en torno al contenido del trabajo efectivamente realizado pautan las tareas específicas que son ejecutadas por las trabajadoras. Es sobre su base que se estudian los grados de autonomía, responsabilidad, riesgos laborales, las competencias laborales específicas requeridas para el desempeño en el puesto de trabajo y las formas de adquirirlas, las cuales constituyen los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo.

El análisis del contenido del trabajo efectivamente realizado se orienta a examinar de manera integral el trabajo remunerado de cuidado en domicilio para develar las dimensiones y requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo, sobre todo de aquellos ligados a la dimensión emocional del trabajo, los cuales suelen ser comúnmente invisibilizados y no explicitados y tenidos en cuenta en las regulaciones y protocolos de trabajo que regulan la prestación del servicio y de los perfiles profesionales que lo integran en ambas ciudades estudiadas.

Posteriormente, se estudian los mecanismos de producción y reproducción de la desvalorización del trabajo de cuidados en domicilio, mediante los cuales opera la invisibilización de los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo para analizar si existe disonancia o desajuste entre estos y la valoración de su cualificación.

El contenido del trabajo remunerado de cuidados: dimensiones y características centrales

En la medida en que la naturaleza del servicio provisto en domicilio es relacional en ambos casos estudiados, las tareas desarrolladas por las trabajadoras suelen exceder las prescripciones, regulaciones y protocolos pautados por quienes rigen los respectivos servicios. En este sentido, las tareas realizadas por las trabajadoras dependen en gran parte de las necesidades de las personas usuarias estos, así como también de sus formas de ser y hacer (en términos de sus gustos y preferencias). Ello, dentro de los límites que las propias trabajadoras establezcan en relación con las personas usuarias del servicio. En este sentido, tanto en Barcelona como en Montevideo, el soporte físico de los usuarios provisto por las trabajadoras y las tareas derivadas del este son múltiples, así como también lo son aquellas ligadas a la dimensión emocional del trabajo que responde a la demanda de soporte emocional de las personas atendidas y la necesidad de elaborar estrategias individuales de autocuidado de quienes se ocupan en él.

Más allá de las mencionadas dimensiones, el trabajo remunerado de cuidados en domicilio tiene, en ambas ciudades analizadas, otra característica de la que se derivan

distintas implicaciones en relación con el contenido del trabajo efectivamente realizado. Ella tiene que ver con el lugar físico donde este trabajo es llevado a cabo que es el domicilio de las personas atendidas.

En la medida en que el domicilio de los usuarios/as del servicio constituye un ámbito privado, la actividad laboral se encuentra permeada por la intimidad del hogar y por los asuntos y problemas personales de las personas, de su sentir y del entorno afectivo que las rodea. El lugar donde se realiza la actividad laboral supone también, tal como lo sostiene Davies (1995), condiciones de aislamiento físico para las trabajadoras, tanto de otras trabajadoras como del resto del personal que forma parte del servicio (coordinadores, supervisores, administrativos, etc.). Este aislamiento físico supone, asimismo, que las trabajadoras asumen en solitario la responsabilidad respecto al bienestar de la persona atendida, ya que estas tienen que lidiar y eventualmente resolver no solo las necesidades asociadas a las actividades básicas de la vida cotidiana de los usuarios/as del servicio, sino atender y dar respuesta a los problemas e imprevistos que suelen emerger durante el desarrollo de su actividad mientras dura el servicio.

El trabajo de cuidado en domicilio implica, según Davies (1995), lidiar con la incertidumbre asociada a la imprevisibilidad y gravedad de las situaciones que suelen presentarse cotidianamente en la vida de una persona en situación de dependencia, al ser llevado a cabo en condiciones de aislamiento de otras cuidadoras y del resto del personal que integra el servicio. Ello suele cargar de mucha presión y responsabilidad a las trabajadoras en ambas ciudades analizadas, quienes se enfrentan a elevados grados de autonomía en el puesto de trabajo, requeridos para resolver y dar cobertura a las necesidades y problemáticas de los usuarios/as del servicio.

Con independencia de la dimensión del trabajo que se analice, el trabajo de cuidados en domicilio se caracteriza por requerir de la gestión de la incertidumbre respecto a los problemas y necesidades que emergen en la vida y el domicilio de las personas usuarias del servicio.

Los acontecimientos que las trabajadoras tienen que abordar escapan frecuentemente de la lógica de acciones y actividades de carácter previsible, lo que supone la consecuente necesidad de gestionar los problemas imprevisibles que emergen casi a diario durante la prestación del servicio y la ejecución del trabajo de cuidados en domicilio. Por ello, el trabajo de cuidados en domicilio no es estático, sino que se caracteriza por ser dinámico, a raíz de que los problemas que padecen o enfrentan las personas atendidas no solo suelen variar con el correr del tiempo, así como también suele cambiar su propia condición de dependencia.

La emergencia cotidiana de diversas problemáticas de distinta índole y complejidad hacen que las tareas a ser realizadas por las trabajadoras varíen a lo largo del tiempo que dura el servicio provisto. Las tareas a ser realizadas por las trabajadoras suelen ser múltiples

y presentan diversos grados de complejidad en función de la gravedad de la situación personal y familiar de las personas atendidas, de las problemáticas concretas a las que estas se enfrentan y, tal como antes fue analizado, dependen también de las características del servicio (y del modelo de atención detrás de él) en cada ciudad estudiada.

Más allá de las características antes analizadas, el cuidado en tanto actividad humana, con independencia de la forma o del formato en el cual es provisto (remunerado, no remunerado, enmarcado en un servicio o no, etc.) implica, como lo señalaba Graham (1983), la provisión de atención física, mental y emocional por parte de quien cuida a quien es cuidado. Se distingue de otras actividades humanas por su fuerte contenido relacional (Gilligan, 1982 y Tronto, 1993), dado que ella solo es posible a partir de la interacción personal cara a cara sostenida entre dos personas: una que cuida y otra que es cuidada (Folbre, 1990).

Concretamente, la actividad de cuidado y esta en tanto trabajo remunerado, no solo se centra en la interacción sostenida entre dos personas, sino que se caracteriza por ser un vínculo donde quien cuida se siente responsable por el bienestar de quien es cuidado (Hochschild, 1983 y Davies, 1995). A su vez, en cuanto a su contenido, implica para quien cuida no solo la atención física, sino también la mental y emocional de las personas cuidadas, tal como lo sostienen Hochschild (1983) y James (1992).

El análisis del trabajo remunerado de cuidados en domicilio que aquí se desarrolla parte del estudio de dos de sus dimensiones centrales que estructuran gran parte del contenido del trabajo efectivamente realizado por las trabajadoras en las dos ciudades estudiadas: por un lado, la física y por otro lado, la emocional.

La primera de ellas comprende las tareas físicas orientadas a brindar soporte en la realización de las actividades básicas de la vida diaria de las personas atendidas en el marco del servicio y constituyen la parte más fácilmente identificable o visible del trabajo de cuidado, tal como lo sostiene James (1992). Ello, a raíz de que las tareas orientadas al cuidado físico suelen estructurar y organizar la actividad laboral en su conjunto, así como suelen estar explicitadas y prescritas en los protocolos o especificaciones que regulan la actuación de este perfil profesional enmarcado en la organización del servicio.

Por otro lado, la dimensión emocional del trabajo de cuidado es la cara más invisibilizada de la actividad de cuidado con independencia de la forma en la cual se lleve a cabo (James, 1992; Stacey, 1981 y Wharton, 2009) y está ligada a la provisión de soporte afectivo-emocional de las personas atendidas, el cual, a pesar de su relevancia y el tiempo destinado por las trabajadora en ambos casos analizados, no se encuentra prescrito en los protocolos o normativas que regulan la actuación de las trabajadoras.

A continuación se analizan las características de la dimensión física y emocional del trabajo de cuidados efectivamente realizado, las tareas que conllevan y los riesgos laborales asociados.

La dimensión física del trabajo de cuidado en domicilio:

la cara visible del trabajo

Si bien diversas especialistas coinciden en señalar que el trabajo de cuidado tiene aparejada una dimensión física orientada a brindar soporte físico a las personas cuidadas (Waerness, 1984; Davies, 1995 y Cameron y Moss, 2007), ninguna se detiene en el análisis específico de las características asociadas a esta dimensión del trabajo y las tareas concretas a ser realizadas por las trabajadoras que de ella se derivan.

El análisis que se presenta a continuación procura examinar qué implica la dimensión física del trabajo de cuidados en domicilio y cuáles son sus características. Asimismo, examina la complejidad y particularidad ligadas al soporte físico de las personas atendidas en el marco del servicio provisto en ambas ciudades estudiadas. En esta línea, tanto las trabajadoras barcelonesas como las montevideanas llevan a cabo de manera cotidiana y sistemática la labor de asistencia a las personas atendidas en sus domicilios. En términos generales, dicha asistencia tiene que ver con el estar pendientes y sentirse responsables del soporte de las necesidades de diversa índole ligadas al bienestar de la persona que es atendida en el marco del servicio. Al respecto, parte del trabajo que desarrollan diariamente quienes se ocupan en el puesto de trabajo de atención directa en domicilio está orientado a ayudar a los y las usuarios/as del servicio a satisfacer sus necesidades básicas, entre las que se encuentran aquellas de carácter fisiológico. Estas tareas constituyen lo que suele concebirse y explicitarse como modalidad asistencial de atención en el caso barcelonés o la modalidad básica asistencial y única en el montevideano.

Las tareas asociadas a la dimensión física del cuidado, tal como son denominadas en el presente análisis, permiten a los y las usuarias del servicio llevar a cabo actividades tales como asearse e higienizarse, vestirse, alimentarse, mantener un orden respecto a sus pertenencias personales y del hogar, así como movilizarse dentro y fuera del hogar, tomar la medicación si es que la requieren (siempre que esta haya sido prescrita e indicada por un médico).

A dichas tareas se le añaden además aquellas ligadas al soporte que las trabajadoras suelen brindar ante las distintas problemáticas no previstas que emergen cotidianamente mientras la atención en domicilio es provista.

El siguiente extracto de entrevista refleja una idea usualmente compartida por las trabajadoras en ambas ciudades respecto a aquello en lo que consiste la dimensión física del trabajo que implica brindar soporte a las personas atendidas para la cobertura de sus necesidades fisiológicas. En este marco, las tareas de soporte o cuidado físico difieren en función del horario en el cual el servicio es provisto. De ello da cuenta el siguiente fragmento de entrevista:

Mira, los de la mañana, normalmente, cuando haces ancianos tienes una temporada de mucha gente mayor. Los primeros casos normalmente son de higiene: levantar, desayunar y llevar al centro de día o dejarlos en casa que venga la persona cuidadora del día. Los de media mañana son acompañamientos, salidas —ya sea comprar, los médicos, papeleos—. Los últimos —acabo a las cuatro normalmente—, son tareas de la comida que vamos a comprar, vamos a cocinar... Depende del usuario (barcelonesa, 46 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 4).

Las tareas más habituales orientadas al cuidado físico de los usuarios realizadas en el marco del servicio en ambas ciudades analizadas son las ayudas en relación con la higiene, las compras fuera del hogar y la preparación de comida, así como el control de la toma de la medicación, el mantenimiento del orden del hogar y de objetos personales, como refleja en el siguiente relato:

Más bien tenemos gente mayor, tercera edad, pues mira: higienes, sobre todo las higienes, compra, irles a comprar, hacerles comida, organización un poco de la ropa, porque esto lo tienen como muy dejado, si tú ves que las camas están sucias o cada cuanto cambiarle la cama y hacerle la cama, la higiene (barcelonesa, 58 años, nacionalidad española, auxiliar de geriatría, Ref. 10).

Cuanto mayor es el grado de dependencia física de las personas atendidas en el marco del servicio en ambos casos, más complejas se vuelven las tareas a ser realizadas por las trabajadoras tendientes a cubrir sus necesidades fisiológicas. En este aspecto, la atención a usuarios/as con grados altos de dependencia asociados a su movilidad física requiere de mayores esfuerzos físicos por parte de las trabajadoras, dadas las mayores dificultades para llevar a cabo el soporte para la realización de las actividades básicas de su vida diaria. De ello da cuenta el siguiente fragmento de entrevista:

Con este hombre hace ya unos cuatro años que estoy. Al principio sí que lo bañaba, pero ahora ya no, se baña por sí. La dificultad está en entrar, porque el baño no está adaptado. Entonces lo hacemos por partes y ahora ya tiene muchos problemas de circulación porque es diabético y se le hacen llagas y tiene muchos problemas en los pies (barcelonesa, 59 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 3).

La complejidad de las tareas físicas varía en función del estado y del grado de dependencia de las personas usuarias del servicio, algo que puede apreciarse en el siguiente fragmento de entrevista:

La acompañante va a acompañar al enfermo. Se dedica a todo, desde darle la medicación en el horario correspondiente, si tenés que hacer la higiene, el baño en cama, lo haces, acompañarlo al baño o sentarlo al sillón, te pide agua, las cosas elementales. Si es una persona que está siempre en cama, bueno, el baño en cama. No se mueve de ahí, le prendes la televisión, te pide que le alcances. Si es una persona que se moviliza con ayuda dentro del domicilio, bueno, se sienta en el sillón, después va a la mesa (montevideana, 38 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 46).

El siguiente relato da una idea de la complejidad de las tareas asociadas a la dimensión física del trabajo de cuidados que conlleva el soporte para realizar las actividades básicas:

Tengo de todo. Tengo una niña con parálisis cerebral que tengo que ir a las ocho de la mañana tres veces al día para levantarla, bañarla, vestirla, ponerla en el autobús que viene a recogerla para llevarla a una escuela de niños con parálisis (barcelonesa, 33 años, nacionalidad española, auxiliar de geriatría y trabajadora familiar, Ref. 11).

A su vez, el siguiente fragmento refiere a la atención a una usuaria con minusvalía física y depresión que al inicio del servicio tenía escasa o nula actividad vital y que, a partir de la atención provista, logró ampliar sus actividades y mejorar la calidad de vida:

Tengo otra que es una señora que tiene minusvalía, ¿no? En realidad, cuando yo la encontré hace tres años estaba completamente tirada en un sillón, no valía nada, no se movía, no hacía nada. A ella le había dado poliomielitis cuando pequeña y por supuesto tiene una pierna discapacitada completamente y es operada del corazón —tiene un marcapasos—, le dio una embolia y fue logrando mejorar (barcelonesa, 48 años, nacionalidad venezolana, auxiliar de geriatría, Ref. 12).

El soporte que realizan las trabajadoras a la hora de cubrir las necesidades fisiológicas de las personas atendidas con movilidad reducida, como la higiene diaria, se refleja en el siguiente fragmento de entrevista: «Luego viene Rosa. Ella tiene un cuidador. Hace un año que lo tiene. Yo llevo con ella tres años. Pues para hacer higiene, le hago la ducha. Es una señora con obesidad mórbida» (barcelonesa, 51 años, nacionalidad española, trabajadora familiar y auxiliar de geriatría, Ref. 25).

En el caso montevideano, el relato que sigue da cuenta del acompañamiento y soporte provisto por una trabajadora hacia una usuaria con problemáticas de salud asociadas a las tiroides y a punto de ser intervenida quirúrgicamente, atendida en el marco del servicio provisto. Esta persona requiere de ayuda para todas las actividades de su vida diaria: «Ahora

como estoy con esta señora, que estoy sentada porque ella está esperando a ver si la operan, tiene problema de tiroides y eso y, bueno, está esperando y hay que ayudarla con todo, ¿viste? Está ahí» (montevideana, 40 años, nacionalidad uruguaya, Escuela de Enfermería incompleta, Ref. 27).

Las tareas de soporte físico desarrolladas por las trabajadoras con aquellas personas que tienen movilidad física limitada plantean mayores esfuerzos físicos para las trabajadoras respecto a aquellos usuarios/as que no la tienen. De ello da cuenta el siguiente fragmento: «Tengo una señora con obesidad mórbida, entonces le cuesta mucho caminar. La ayudo a moverse, a vestirse, a bañarse, a hacer las compras, todo» (barcelonesa, 55 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 22).

Las tareas asociadas a la dimensión física del trabajo dependen no solo del tipo y grado de dependencia y, en particular, de los grados de autonomía física de las personas atendidas, sino también de sus gustos y preferencias. En este sentido, las trabajadoras suelen tener que ajustar sus formas de ser y hacer a las preferencias sobre cómo hacer las cosas por parte de los y las usuarios/as del servicio, lo que se refleja en el siguiente fragmento:

Hay gente que es muy independiente y hay gente que es muy vaga, que quiere que tú le hagas todo, entonces la higiene, a veces se bañan solos o hay veces que los tenés que ayudar a bañarse o a secarse o a vestirse, esa parte de la higiene. Hay señoras muy coquetas que las tenés que llevar al espejo porque se maquillan, que los ruleros, que *brushing*, todo. Les das una mano con el maquillaje, el peinado; le ponés el perfume (montevideana, 40 años, nacionalidad uruguaya, auxiliar de enfermería incompleto, Ref. 27).

En síntesis, la dimensión física del trabajo de cuidados en domicilio implica la provisión de soporte por parte de las trabajadoras orientado a cubrir, fundamentalmente, las necesidades fisiológicas de las personas atendidas en el marco del servicio en ambas ciudades analizadas.

La dimensión física del trabajo y las tareas asociadas a ella estructuran y delimitan gran parte del contenido del trabajo efectivamente realizado por quienes se ocupan en el puesto de trabajo. Las tareas asociadas a esta dimensión a ser ejecutadas tienen que ver con la ayuda para la movilización dentro y fuera del hogar, la higiene, vestimenta, alimentación y toma de medicación de las personas usuarias del servicio, entre las actividades más habituales llevadas a cabo durante la provisión del servicio de atención directa.

La modalidad asistencial de atención en ambos casos de estudio se caracteriza por la provisión de cuidados orientada al soporte ligado necesario para cubrir las necesidades fisiológicas de las personas usuarias del servicio. Asimismo, las tareas y la forma en que estas son ejecutadas, así como su complejidad y los esfuerzos físicos que de ellas se derivan para quienes las ejecutan, dependen no solo del grado de dependencia y situación de los y las

usuarios/as del servicio, sino también de sus gustos y preferencias respecto a las actividades básicas de su vida cotidiana.

La dimensión emocional del trabajo remunerado de cuidados en domicilio: la cara más invisibilizada del trabajo

De la variedad de tareas a ser desempeñadas en el puesto de trabajo, aquellas orientadas a proveer el soporte emocional a las personas atendidas en el marco del servicio forman parte de otra de las dimensiones esenciales del trabajo de cuidado en domicilio efectivamente realizado por las trabajadoras en Barcelona y Montevideo. Sin embargo, la dimensión emocional del trabajo no solo comprende el cuidado o soporte emocional de las personas atendidas, sino también el autocuidado emocional de las trabajadoras como un aspecto necesario para lograr un mínimo equilibrio psicológico y emocional para poder lidiar con la alta carga emocional asociada a él.

La perspectiva teórica iniciada por Hochschild (1983) sobre el trabajo emocional sostiene que las emociones y su expresión son activamente creadas y manejadas por los y las trabajadores/as en el contexto de las interacciones sociales y, en particular, durante el desempeño laboral en puestos de atención directa de personas. En este sentido, el trabajo emocional implica llevar adelante estrategias para crear, modificar o alterar las expresiones de las emociones en el curso de las relaciones e interacciones en la situación de trabajo.

Dicha definición de trabajo emocional está en la línea de concebir que en los trabajos de atención directa al público es imprescindible que el o la trabajador/a construya una máscara o blindaje en relación con sus propios estados emocionales para regularlos a nivel interno de manera tal de controlar sus expresiones externas y visibles en las situaciones que requieren la interacción con los clientes o usuarios en el marco del desempeño laboral. Sin embargo, de acuerdo con los relatos propiciados por las trabajadoras en ambos casos analizados, el emocional implica también gestionar las cargas y sobrecargas emocionales derivadas del trabajo las cuales tienden a afectar negativamente la vida personal, sobre todo a nivel psicológico y emocional de las trabajadoras.

Con relación a la dimensión emocional del trabajo de cuidados en domicilio, es preciso distinguir dos aspectos ligados a este. Por un lado, el cuidado o soporte emocional proporcionado por las trabajadoras hacia las personas usuarias del servicio, que forma parte de la atención comprometida con su bienestar de (Davies, 1995). Ante la necesidad de atender las demandas afectivas de las personas usuarias del servicio, las propias emociones de las trabajadoras requieren ser reguladas. Para esto imprescindible anteponer la atención y el compromiso por el cuidado y el bienestar de las personas atendidas frente a sus propias

emociones, a pesar de lo intenso y no siempre agradable que estas puedan ser (frustración, tristeza, enojo, entre otras), de forma tal de poder expresar y transmitirle a los usuarios/as calma en las situaciones de trabajo, siendo capaces de brindar el soporte requerido. Por otro lado, la dimensión emocional del trabajo de cuidados en domicilio está vinculada al trabajo de autocuidado emocional que las propias trabajadoras deben llevar a cabo para evitar o minimizar los efectos o consecuencias negativas de la sobrecarga emocional y que requiere que elaboren e implementen estrategias emocionales de distinto tipo (cognitivas u orientadas a reinterpretar un evento o situación, conductuales dirigidas a controlar las vivencias y expresiones emocionales o físicas (Pugliesi, 1999) para poder lidiar con este tipo de trabajo. El autocuidado emocional de las trabajadoras es concebido como un aspecto esencial del trabajo emocional asociado al trabajo remunerado de cuidados en domicilio.

A continuación se desarrollan y analizan ambos aspectos de la dimensión emocional del trabajo remunerado de cuidados en domicilio.

El cuidado emocional de las personas atendidas

En ambas ciudades estudiadas la construcción de la relación de las trabajadoras con los usuarios/as del servicio está mediada por la intimidad del hogar, de la vida y de los problemas tanto de salud como personales de estos/as últimos/as.

La prestación de ayuda en el ámbito privado de las personas usuarias del servicio pone a las trabajadoras en contacto con la vida personal de estas, lo que conlleva que sea prácticamente inevitable la construcción de un vínculo próximo e íntimo entre ambas, el cual varía en su intensidad, sobre todo, en función de la duración del servicio.

Tal como se analiza en la primera sección de este capítulo, en el caso barcelonés el servicio es «de larga duración», mientras que en el montevideano suele ser de «corta duración». La duración del servicio condiciona, en parte, el tipo de vínculo que se construye en cada ciudad entre las trabajadoras y los usuarios/as, en el sentido de que la mayor duración y sostenibilidad en el tiempo (caso barcelonés) habilita la construcción de un vínculo más estrecho o próximo, a diferencia de lo que sucede cuando el servicio es de corta duración y la interacción se da por períodos breves, algo que suele generar vínculos menos estrechos y más impersonales entre trabajadoras y personas atendidas.

La intensidad del vínculo entre trabajadoras y personas usuarias del servicio no solo varía en ambos casos en función de la duración del servicio, sino también del encuadre institucional que los diferencia y caracteriza. En este sentido, el modelo de atención barcelonés se nutre y pauta a partir de un marco de derechos sociales que lo sustenta, mientras que el caso montevideano se enmarca en un diseño regido por la relación entre empresa, cliente y derechos del consumidor, aspectos anteriormente analizados.

Las diferencias en ambos casos respecto al grado de intensidad del vínculo entre trabajador/a y usuario/a del servicio, de la que se derivan grados de confianza e intimidad diferentes a nivel de la relación que se construye entre ambas partes en ambos casos de estudio se refleja en las formas en las cuales las trabajadoras hablan de las personas atendidas. En el caso uruguayo, suelen llamar a los usuarios «pacientes», lo cual refleja un trato más distante y menos personal hacia ellos/as, a diferencia del caso barcelonés en el cual suelen nombrarlos por su nombre de pila, dando cuenta de mayor proximidad y confianza de un vínculo más sostenido en el tiempo.

Sin embargo, con independencia del grado de intensidad del vínculo entre trabajadoras y usuarios del servicio, en ambos casos las primeras se enfrentan a la necesidad de trabajar sus emociones internamente para regularlas, fundamentalmente para poder controlar su expresión externa durante la labor cotidiana y de esta forma poder brindar el soporte requerido por las personas atendidas. A ello se refiere Hochschild (1983) cuando aborda la noción de trabajo emocional.

Más allá de ello, el trato más distante o impersonal de las trabajadoras hacia las personas usuarias del servicio en el caso montevideano puede apreciarse en el siguiente relato, al referirse a ellas como «pacientes» y no por sus nombres de pila como suele acontecer en el caso barcelonés:

Bueno, la satisfacción que tengo es cuando le soy útil al paciente, cuando siento que lo ayudo, que con mi presencia, con lo que yo a veces le digo... Digo, ¿le parece? Vamos a poner esta almohada así va a sentir alivio. Es lo que más me reconforta, te digo sinceramente, que después te agradecen que vos te vas y te toman de la mano y que, bueno, ves a través de la mirada que se ha sentido bien, bueno, que por lo menos el rato que yo estuve y lo apoyé (51 años, uruguaya, auxiliar de enfermería y curso de acompañante de la empresa en la que se ocupa, Ref. 28).

Algo similar sucede en el siguiente relato, en el que se refleja el tratamiento más distante e impersonal de las trabajadoras hacia las personas usuarias del servicio, las cuales suelen ser denominados frecuentemente como «pacientes» en el caso montevideano: «Me gusta que quede, que quede bien la persona, el paciente, que trate que este satisfecho conmigo, que yo lo haya tratado bien, que pida el familiar de vuelta a la empresa por mí» (montevideana, 38 años, nacionalidad uruguaya, curso de acompañante ofrecido por la empresa que la contrata, Ref. 45).

En contraposición a lo que sucede en el caso montevideano, el tratamiento de las trabajadoras barcelonesas hacia los usuarios/as suele ser más afectuoso y cercano, aspecto vinculado a la posibilidad de construcción de una relación más estrecha y personal a raíz de una mayor duración y sostenibilidad del servicio provisto en esta ciudad. Esto se observa en el siguiente relato:

Es imposible no involucrarte. Mira, ¡hace cuánto me quitaron a Asunción y yo todavía voy a visitarla! Porque ella me ve y yo soy como la alegría de su vida, y a mí también me llena ver que ella se pone tan contenta. Un día le llevé una pijamita rosa, y me dice: «el color que me gusta». Porque siempre está con la ropa del hospital y eso. Porque nadie de la familia ni nadie, se ocupa de ella (barcelonesa, nacionalidad peruana, 53 años, titulación de auxiliar de enfermería, Ref. 26).

Sin embargo, más allá de las características diferenciales a nivel de duración del servicio en ambos casos analizados y su incidencia a nivel de la intensidad del vínculo y la confianza que se establece entre trabajadoras y usuarios/as del servicio, el involucramiento emocional es algo compartido por todas las trabajadoras, a raíz de que la sensibilidad humana suele verse afectada al experimentar y vivenciar desde el rol de cuidadora la condición y situación de dependencia de las personas atendidas, lo que se aprecia en el siguiente relato aportado por una trabajadora uruguaya:

A mí me pasa, por ejemplo, yo supongo que a las demás personas también les debe pasar, es inevitable, viste, el ser humano es así, te encariñas. Es inevitable y que después hasta extrañas a la persona, hasta la persona después te salude en determinadas fechas o que te mande mensajes (montevideana, 39 años, uruguaya, auxiliar de enfermería, Ref. 36).

Es más, el involucramiento afectivo de las trabajadoras hacia las personas usuarias del servicio suele ser inevitable y está ligado a la propia esencia relacional del trabajo de cuidados, así como a la necesaria inclinación de quienes se ocupan en este puesto de trabajo a estar al servicio de las personas atendidas.

La predisposición a cuidar, a estar atentas de manera comprometida con el bienestar del otro (Davies, 1995), en tanto requisito indispensable para acceder y, en particular, poder permanecer en este puesto de trabajo. Dicha inclinación forma parte de lo que en esta investigación es concebido como una de las competencias interpersonales fundamentales necesarias para el desempeño laboral. El siguiente relato de una trabajadora uruguaya refleja el involucramiento:

Me gusta tratar a las personas. No soy muy charlatana, pero si me conversan yo escucho. Te encariñas por cómo son las personas a veces. Mirá que son cariñosas. La última señora que atendí como veinte días era amorosa, pobre, pero siempre estaba dormida (montevideana, 38 años, uruguaya, curso de acompañante realizado en la empresa en la que se ocupa, Ref. 38).

Con independencia del tipo de vínculo que suele establecerse en el caso barcelonés y montevideano, más próximo en el primero y más distante en el segundo, la dimensión emocional del trabajo de cuidados, implica en ambos contextos, la provisión de soporte emocional de las trabajadoras hacia los usuarios/as del servicio. El siguiente relato da cuenta

de la necesidad de acompañamiento emocional de los usuarios/as atendidos cuya contracara es la demanda de dicho soporte hacia las trabajadoras, que solo puede ser cubierta mediante la ejecución de tareas que implican dedicación y que parte del tiempo del servicio sea destinado a ellas. Entre dichas tareas se encuentran la escucha y la conversación requeridas ante la frecuente soledad y aislamiento en la que suelen encontrarse las personas atendidas en el marco de los servicios en ambas ciudades:

Tengo una señora de 85 años y tiene osteoporosis. Ha tenido una fractura de cadera, tiene una prótesis, camina muy despacito. Entonces, lo que hago también es eso: le hago la cama y más que nada con ella es comprarle alguna cosa también, acompañarla al médico cuando lo necesita, llevarla a pasear un poquito como no camina muy bien para que tenga un apoyo y hablar, porque le gusta charlar, charlar y hablamos, hablamos y hablamos. Más que nada acompañamiento emocional, porque es una persona que el marido murió, no tiene hijos y está sola. Entonces lo que hago es conversar, conversar y conversar (barcelonesa, peruana, 45 años, titulación de auxiliar de geriatría, Ref. 2).

En línea con lo anterior, el relato de una trabajadora del SAD barcelonés que sigue refleja la necesidad de compañía afectiva que usualmente tienen las personas atendidas, de la que se derivan tareas concretas como la escucha y la conversación, que en la práctica cotidiana se tornan aspectos fundamentales del trabajo de las cuidadoras en el marco del servicio provisto:

Acompañamiento emocional. Le compro y sí, todo el tiempo que puedo, aunque luego tenga que ir corriendo, estoy con ella. La voy a peinar, que voy a dedicarme a ser peluquera ahora. Entonces la peino. ¡Ay, que guapa la he puesto! Mientras que ella se toma el desayuno compartimos la charla. ¿Cómo le ha ido en la noche? ¿Qué tal? Que pa' aquí y pa' allá. En eso así, media hora. Tengo una hora y media, pero a lo mejor media hora de charla, porque lo necesita (barcelonesa, 42 años, nacionalidad venezolana, auxiliar de geriatría, Ref. 12).

En el caso montevideano aquello que una trabajadora denomina «lo otro» hace referencia al trabajo emocional vinculado a la provisión de soporte emocional de las personas atendidas, que requiere la demostración de interés por parte de la trabajadora hacia la persona, escucharla y conversarle. El soporte emocional de las y los usuarios implica dedicar tiempo del servicio a que la persona atendida comparta con la trabajadora su sentir en relación con diversos aspectos de su vida.

La ayuda a comer, o sea, ojo, siempre y cuando la persona se pueda mover un poquito, que a veces, ¿viste?, yo siempre me inclino a que ella se mueva un poco por sí misma. La acompaño al baño, entro con ella, aunque algunas no quieren que entre y me quedo en la puerta. La higiene si la tenés que hacer la hacés. Lo otro es

más acompañamiento: charlarle, conversarle, estar ahí, distraerla: que te cuentan la vida, en qué andan... Que hablan, todas esas cosas, que lloran, que, en fin, un montón de cosas (montevideana, 40 años, nacionalidad uruguaya, curso de enfermería incompleto, Ref. 27).

Por otro lado, la provisión de la atención y ayuda que necesitan las personas usuarias del servicio en ambos casos analizados requiere de una regulación interna de las emociones de las propias trabajadoras durante la ejecución del trabajo de cuidados en domicilio. Para ello emplean estrategias que les permiten controlar sus emociones en las situaciones de trabajo para poder hacer frente a las distintas tareas requeridas en el marco de la provisión del servicio en ambos casos estudiados.

Entre las estrategias utilizadas por las trabajadoras se encuentra una comúnmente empleada que apunta a dejar de lado sus propias problemáticas personales mientras ejecutan el servicio. Así, lo refleja este fragmento de entrevista: «Yo me tomo unos minutos antes de llegar al servicio, llego y me siento y entonces, ya para mentalizarme para tomar, si no conozco, si lo conozco regio, si no conozco el servicio llegar bien, es lo mejor que podés. Yo trato de llegar y dejar los problemas fuera» (montevideana, 51 años, nacionalidad uruguaya, auxiliar de enfermería y curso de acompañante ofrecido por la empresa en la que se ocupa, Ref. 28).

Una trabajadora barcelonesa sostiene que para poder proveer el cuidado de los y las usuarios/as atendidos en el marco del servicio, es fundamental dejar de lado los propios problemas personales, algo que concibe como parte de la «profesionalidad» con la que se ejecuta el trabajo:

Entonces, pues, eso. Y a veces tú tampoco estas de ánimo o tienes tus problemas y no estás a lo mejor tan receptiva como otros días, ¿no? Eso lo tienes que dejar en la puerta y decir «no, ahora tengo que ser profesional y tengo que estar por esta persona», y olvidar lo mío a veces no es fácil (barcelonesa, 33 años, nacionalidad española, auxiliar de enfermería y trabajadora familiar, Ref. 11).

En ambos casos estudiados, si bien es necesario que las trabajadoras estén alerta a las problemáticas y necesidades múltiples de las personas atendidas mientras se encuentran trabajando en el servicio, es preciso que las aborden de forma tal que logren evitar tratarlas como si estas fueran propias. Es habitual que las trabajadoras implementen estrategias destinadas a gestionar sus emociones de manera de ser capaces de establecer límites, distancias o barreras emocionales que frenen la excesiva implicación emocional respecto a los problemas de los usuarios atendidos. Ello se refleja en el siguiente relato:

Yo creo que me implico pero no me implico al cien por cien. A veces pienso si es que soy fría o algo. Por ejemplo, cuando se mueren no tengo un sentimiento de pérdida como si hubiera muerto un familiar, no, para nada. Y a veces siento, tengo

más relación con ellos que según qué familiares míos. Pero estoy como blindada, pero no es una cosa que yo haya premeditado no, a veces pienso tendría que sentir más cuando alguien se muere pero no, pero creo que tiene que ser así (barcelonesa, 43 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 5).

Es por esto que el trabajo emocional asociado a este tipo de trabajo requiere que las trabajadoras construyan estrategias orientadas a crear máscaras o blindajes capaces de mostrar una expresión neutra o amable hacia fuera que dista o es disonante con las propias emociones de las trabajadoras (ira, enojo o frustración, entre otras), tal como lo plantea Hochschild (1983). Ese desajuste o esa disonancia sobrecarga a las trabajadoras a nivel emocional, como puede observarse en el siguiente fragmento de entrevista:

Esa señora que te he dicho que tiene al marido sordomudo, ¡pobre señora! No para nunca de hablar y siempre te pregunta lo mismo compulsivamente. Te puede decir quince veces, veinte, treinta veces en una hora «¿quieres tomar algo?, ¿quieres tomar algo? Porque no tomas nada, nunca quieres tomar nada. Venga, tómate algo. Y cada vez le contesto como si fuera la primera vez. Pero a mí esto a veces sí que me va cargando, dependiendo del día que tienes te hace ya más fuerte, más duro (barcelonesa, 55 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 22).

En síntesis, el soporte emocional que brindan las trabajadoras hacia las personas atendidas forma parte de la dimensión emocional del trabajo de cuidados. Dicho soporte es fuertemente demandado en ambos casos, a raíz de la soledad de gran parte de los usuarios atendidos, así como de las múltiples problemáticas ligada a su condición de dependencia. Como contracara, el involucramiento afectivo parece ser un sentimiento inevitable en las trabajadoras, que varía en su grado de intensidad de acuerdo con la duración del servicio y el modelo de atención detrás de él.

Con independencia del grado de intensidad del involucramiento afectivo, las trabajadoras en ambos casos suelen verse afectadas por la condición de dependencia y vulnerabilidad en que se encuentran las personas atendidas razón por la cual es preciso el trabajo emocional para el manejo interno de sus emociones. Este se orienta, por un lado, a regular la expresión externa de las emociones-sentimientos (lo que se le muestra a los/as usuarios), tal como fue analizado anteriormente.

Sin embargo, el trabajo emocional también implica regular las emociones no solo a nivel de su expresión externa en las situaciones de trabajo, sino en relación con la emocionalidad interna de las trabajadoras, para evitar los efectos negativos derivados de la sobreimplicación o del excesivo involucramiento emocional. Dichos efectos suelen implicar la afectación negativa de la vida personal o extra laboral (generando angustia, tristeza, ansiedad e incluso depresión).

El análisis de este trabajo emocional requerido y de las estrategias habitualmente utilizadas por las trabajadoras para hacerle frente a la alta carga emocional derivada del trabajo de cuidados en domicilio es desarrollado a continuación.

El autocuidado emocional de las trabajadoras

La mayor parte de las trabajadoras expresa que lidiar con la fuerte carga emocional asociada al puesto de trabajo es una de las principales dificultades ligadas a él. Por un lado, conocer y estar al tanto de las situaciones en las que se encuentran las personas atendidas (enfermedades, soledad, aislamiento, pérdida de autonomía, entre otras) afecta a la sensibilidad de las trabajadoras en tanto seres humanos. Ello se potencia en la medida en que las trabajadoras construyen vínculos afectivos con los usuarios/as atendidos/as (los cuales varían en su intensidad de acuerdo a las características del servicio según se ha analizado en la sección anterior) que suelen implicar que estas se sensibilicen ante la condición y problemáticas de las personas atendidas, más aun en su rol de soporte y que brinden una atención comprometida con su bienestar y su salud. En este sentido, el «autocuidado» emocional de las trabajadoras va más allá de la regulación de las emociones y su expresión hacia afuera (es decir, hacia las personas usuarias del servicio y, eventualmente, las personas que las acompañan en la situaciones de trabajo concreto).

El trabajo emocional requiere que las trabajadoras desarrollen la capacidad para establecer límites que garanticen un involucramiento afectivo no excesivo con la vida del usuario/a y sus problemáticas. Así, lidiar con la fuerte carga emocional asociada al puesto de trabajo supone para quienes en él se ocupan lograr un mínimo equilibrio emocional que solo es posible si se adoptan estrategias orientadas a separar la vida personal de la laboral de modo de desconectarse del trabajo y de los problemas asociados a este.

Las trabajadoras tienden a establecer límites para evitar el excesivo involucramiento emocional que suele verse potenciado por el vínculo que establecen con los usuarios y sus diversas problemáticas (soledad, angustia, muerte, deterioro físico, violencia, etc.). Dichos límites se adoptan mediante la elaboración de estrategias individuales orientadas a evitar o aliviar los riesgos laborales ligados a la fuerte carga emocional inherente al trabajo de cuidados. Estos riesgos pueden ser la aparición de sentimientos de angustia, frustración, impotencia o problemas más complejos y graves tales como la depresión, el síndrome de quemazón emocional, entre otros.

El autocuidado emocional requiere la elaboración e implementación de estrategias individuales por parte de las trabajadoras para evitar o aliviar los efectos negativos del trabajo. De ello da cuenta este relato: «Con el tiempo aprendes a desconectar, a poner límites y tomarlo como un trabajo más y se acabó. Porque como te empieces a llevar cositas a casa o

a darle aquí, emocionalmente acabas necesitando los servicios sociales» (barcelonesa, 36 años, nacionalidad española, auxiliar de geriatría, Ref. 20).

Por otro lado, el autocuidado requiere de que las trabajadoras acepten e interioricen la idea de que la responsabilidad respecto al bienestar en general de las persona atendidas y la resolución de los problemas o de la cobertura de sus necesidades no depende exclusivamente de su actuación en el marco del servicio provisto, dado que este es limitado en ambos casos analizados (siendo el alcance del servicio más acotado en el caso montevideano que el barcelonés, tal como fue analizado en la sección anterior).

Aceptar la idea de que la solución de la gran mayoría de los problemas de los y las usuarios/as atendidos/as no puede ser brindada mediante la ayuda provista por las trabajadoras, ser conscientes de esto y no hacerse cargo de aquello que no está en sus manos es una estrategia habitualmente utilizada para protegerse de la sobrecarga emocional asociada al trabajo. Ello se expresa en lo manifestado en el siguiente relato:

No sos Dios para solucionar nada. Yo puedo ayudar, una ayuda puntual que es lo que hace servicios sociales, pero yo no soy nadie para solucionarle el problema. Yo me implico en todo lo que puedo en el momento que estoy allí. Cuando me voy de allí, salgo de la puerta, se acabó (barcelonesa, 43 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 7).

El siguiente fragmento de entrevista da cuenta de la idea de que es vital que las trabajadoras asuman que la ayuda que proveen es puntual y limitada y que logren desconectarse del trabajo una vez que este termina, como aspectos esenciales de las estrategias básicas de autocuidado emocional:

Tú vas allí, puedes ir un día a hacer una suplencia, pero ya está, tu papel está terminado. Entonces, tú sales de allí y dices «Dios mío, qué se puede hacer con estas personas? ¡Qué vida, ¿no?! ¡Qué vida tan triste llevan y tan monótona, no salen de casa, están los dos, no hay comunicación entre ellos!». Y tú que puedes hacer y qué no. El tiempo que estás, escucharlos, motivarlos para que hablen, es lo único que se me ocurre. Yo no puedo hacer más (barcelonesa, 51 años, nacionalidad española, auxiliar de geriatría y de enfermería, Ref. 25).

Las estrategias de autocuidado emocional de las trabajadoras en las situaciones de trabajo requieren del establecimiento de límites frente al excesivo involucramiento afectivo con los usuarios, anteponiendo barreras o un blindaje emocional ante sus múltiples demandas afectivas, asociadas frecuentemente a su soledad, como puede apreciarse en el siguiente fragmento de entrevista:

Hay que ir con mucho cuidado, hay que ir con mucho cuidado porque luego también te toman cariño. El día que te vas están tristes aunque luego se les pase, pero para ellos es más importante que para nosotras ¿Por qué? Porque son muy

mayores, porque están solos y porque cuando encuentran a una persona con la que más o menos hay un *feeling*, ay, «pues ahora te vas» y «llámame» y «no me dejes» y, bueno, yo sí, a veces he hecho cosas esporádicas (barcelonesa, 50 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 7).

Construir y anteponer barreras emocionales por parte de las trabajadoras para poder cuidarse a sí mismas no solo cuando atienden a personas adultas mayores, sino también, y especialmente, cuando proveen soporte a aquellas que padecen enfermedades o problemáticas mentales o que tienen discapacidades de carácter intelectual es imprescindible para poder permanecer en el trabajo y evitar los efectos negativos asociados a la alta carga emocional del trabajo de cuidados. Esto se observa en lo expresado en el siguiente relato:

Me entrego mucho y procuro desde que entro, o sea, yo me entrego completamente a mi trabajo. Cuando cierro la puerta yo sé que detrás tengo otro problema, voy a ir a otro domicilio. Entonces me voy a otro sitio, porque si yo voy arrastrando eso llegaría el final del día y no tendría ganas de hacer nada y más sabiendo todo lo que me espera cuando llego y más sabiendo que luego me tengo que ir a trabajar con personas también enfermas mentales y con una discapacidad intelectual. Es imposible, tienes que saber desconectar y aparcarlo (barcelonesa, 33 años, nacionalidad española, auxiliar enfermería y trabajadora familiar, Ref. 11).

Las estrategias de autocuidado se orientan a que las trabajadoras se involucren con la provisión de la ayuda y soporte a los usuarios/as del servicio mientras ejecutan el servicio, pero que, una vez finalizado, sean capaces de desconectarse y llevar adelante su vida, algo fundamental para alivianar y lidiar con la alta carga emocional asociada a actividad laboral. La necesidad de desconexión del trabajo forma parte de las estrategias de autocuidado visualizadas como imprescindibles en el caso montevideano, a pesar de lo difícil de aplicarlas. De ello da cuenta el siguiente fragmento de entrevista:

Entonces quiero llegar bien siempre a tomar el servicio y, bueno, cuando salgo como que me quiero también olvidar, ¿viste?, dejar eso ahí porque, y, bueno, también es un poco difícil, porque a veces son pacientes como que vos te involucrás. Me he involucrado, me ha pasado, porque uno a veces... Sos un ser humano, hay cosas que a vos te duelen (montevideana, 51 años, nacionalidad uruguaya, auxiliar de enfermería y curso de acompañante calificada de la empresa en la que se ocupa, Ref. 28).

Más aun, la estrategia de involucrarse con la ayuda o el soporte de los usuarios durante el ejercicio laboral se combina con la estrategia de desconectar totalmente del trabajo una vez que este finaliza. Ambas forman parte de la capacidad de autocuidado requerido para lidiar con la fuerte carga emocional inherente al puesto de trabajo.

Desconecto totalmente. Yo me implico en el momento en el que estoy allí, pero cuando salgo de aquel domicilio desconecto totalmente y cuando ya ha acabado mi jornada cruz y raya, eso es otro mundo. No te puedes llevar los problemas a casa porque sino luego siempre estarías muy cargada (barcelonesa, 50 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 7).

Las estrategias orientadas a desconectarse del trabajo una vez que este finaliza son necesarias para lograr equilibrios a nivel personal y psicológico para evitar los riesgos asociados a la sobrecarga emocional del trabajo:

Pero nunca pensé que lo iba a soportar, que lo iba a entender, que iba a saber sobrellevarlo, y entonces vi que podía equilibrar las cosas y una cosa sumamente importante que aprendí a separar cuando termina mi trabajo y cuando empieza Carolina-persona, vida, así como que das vuelta la página, cerrás la puerta. Te tratás de olvidar, te desconectás de todo. de toda esa problemática. Cerrás la puerta y hasta el otro día no me acuerdo, ¿viste?, porque si no, porque si no terminás loca, te enloquecés (montevideana, 32 años, nacionalidad uruguaya, curso de enfermería de la Cruz Roja, Ref. 29).

Las estrategias que apuntan a lograr desconectar del trabajo una vez que este finaliza son fundamentales para poder lidiar con la carga emocional y los riesgos laborales asociados al puesto de trabajo en ambos casos analizados.

Dichas estrategias son individuales, en el sentido de que cada trabajadora busca las actividades que la ayuden a desconectarse del trabajo y así poder relajarse y lograr el equilibrio necesario para poder hacer compatible su vida laboral y personal. Muchas trabajadoras se desconectan a través del uso recreativo de su tiempo libre practicando alguna actividad de la que disfrutan (escuchar música, bailar, realizar paseos, practicar un deporte, ir al cine, etc.). Esto se manifiesta en el caso barcelonés en el siguiente fragmento de entrevista:

Siempre digo «en casa no cabemos todos». Es saber, aprender a separar y buscar tus métodos. Yo que sé si a mí me gusta ponerme la música, a veces para relajarme y otras veces ya no me parece bien llegando a casa y la pongo a toda ostia y marchosa y gritos y no sé qué y al rato me miro asustadísima, pero también me gustan mis libros, me gusta buscar cada uno sus métodos y su manera de hacer, me encanta ir a pasear por la playa aunque sea (barcelonesa, 52 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 16).

Las estrategias de autocuidado requieren de la búsqueda y del encuentro de espacios y actividades de ocio y recreación o de otra índole que nutran la vida de las trabajadoras más allá de lo laboral y que les permitan desconectar de la sobrecarga emocional asociada al trabajo. Ello se ve reflejado en el siguiente relato:

Vos, aparte de esto tenés que tener otra actividad, completamente independiente, que vos la hagas y te saques toda esa carga de encima. Que hagas deporte, que hagas lo que sea, que hagas algo que no tenga nada que ver, porque sino esto te destruye, llega un momento que te hace mal (montevideana, 36 años, nacionalidad uruguaya, estudiante de medicina, Ref. 39).

La capacidad de autocuidado emocional requiere que quien ejecuta el trabajo de cuidados en domicilio, ser capaz de solicitar cambios de servicio, cuando estos lo-a superan o exceden emocionalmente. Ello se manifiesta en el siguiente relato propiciado por una trabajadora en el caso barcelonés: «Sí, llega un momento en que notas que el servicio te puede... siempre puedes pedir un cambio, y decir “mira, oye, no puedo con esto”. “No puedo” o “no quiero, no me quiero involucrar más”. Yo hasta ahora lo llevo muy bien» (barcelonesa, 55 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 23).

Reconocer y poder expresar que trabajar con determinados usuarios o que en algunos casos las trabajadoras no son capaces de lidiar más con ellos, forma parte también de las estrategias de autocuidado. Ello también se refleja en lo narrado en el siguiente relato: «Tenés que tener esta claridad mental para decir “con esto puedo, con esto no puedo”. Como yo te digo “con este paciente puedo, con este no”, “sacame porque con este no puedo”» (montevideana, 38 años, nacionalidad uruguaya, curso de acompañante de la empresa en la que se ocupa, ref. 45).

En síntesis, el autocuidado emocional de las trabajadoras es una herramienta imprescindible para poder lidiar con la fuerte carga emocional derivada de un trabajo esencialmente relacional como el de cuidados en domicilio, donde la intimidad de la vida y de las problemáticas de las personas usuarias del servicio son aspectos a los que se ven expuestas cotidianamente.

La responsabilidad respecto a la atención, los cuidados y el bienestar de las persona atendidas derivados del rol de soporte que ejercen las trabajadoras en el marco de la ejecución del trabajo, torna casi inevitable la sobrecarga emocional de estas. Ello plantea la necesidad de crear e implementar estrategias de autocuidado emocional durante las prácticas laborales y una vez que salen del ámbito laboral.

El análisis antes presentado da cuenta de algunas de las estrategias más usualmente empleadas por las trabajadoras, que tienen como rasgo distintivo ser asumidas de forma exclusiva por las trabajadoras a nivel individual, en solitario, a pesar de que sean imprescindibles para prevenir los riesgos laborales asociados a la sobrecarga emocional que suele ir acompañando el desempeño laboral en el puesto de trabajo en ambos casos analizados.

3.4. Los requerimientos técnicos del puesto de trabajo

Los requerimientos o exigencias técnicas asociadas al puesto de trabajo derivan del contenido y las dimensiones del trabajo efectivamente realizado por las trabajadoras, cuyo análisis fue abordado en la sección anterior. A continuación, el esfuerzo analítico se centra en examinar los grados de responsabilidad y autonomía requeridos para el desempeño laboral así como los riesgos laborales a ser afrontados y la experticia o competencias laborales específicas demandadas por quienes se ocupan en este puesto de trabajo, en función de las prácticas y rutinas laborales cotidianas.

El análisis busca iluminar la comprensión respecto a en qué consiste y cuáles son implicancias de los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo, los cuales usualmente han sido concebidos como parámetros objetivos y de referencia para definir el grado de cualificación de las diversas ocupaciones (Littler, 1982). Identificar, visibilizar, así como aportar argumentos conceptuales apoyados en evidencia empírica en relación con los grados de exigencia y requerimientos técnicos requeridos en el puesto de trabajo es fundamental a la hora de examinar de manera integral la cualificación asociada al trabajo remunerado de cuidados en domicilio.

En primer lugar, se analiza en qué consiste y cuál es el grado de responsabilidad asociado al puesto de trabajo en relación con la autonomía requerida para la toma de decisiones y control del proceso de trabajo.

Posteriormente, se examina el grado de responsabilidad en función de los riesgos laborales comunes o habituales en el marco de la ejecución de la atención directa a las personas usuarias del servicio, para conocer qué implican y cómo son enfrentados y gestionados por las trabajadoras a nivel individual y a nivel organizacional, es decir, qué tipos de dispositivos son provistos y gestionados por las empresas u organizaciones de la sociedad civil para prevenirlos.

Por último, se estudian las competencias laborales específicas que requieren ser movilizadas durante las prácticas laborales concretas que hacen a la experticia requerida en el puesto de trabajo, así como las distintas formas de adquirirlas y el papel que juega la formación específica en ello.

Responsabilidad y autonomía en el puesto de trabajo

El grado de responsabilidad y de autonomía del trabajo remunerado de cuidados en domicilio está ligado tanto al lugar donde es ejecutado —el hogar de la persona atendida—, así como al rol y a las funciones que las trabajadoras asumen a nivel de la organización global

del servicio provisto en ambos casos de estudio, consistente en brindar la atención directa a las personas usuarias. En sintonía con ello, el lugar donde se lleva a cabo el trabajo de cuidado es el domicilio u hogar, el ámbito privado o íntimo de las personas en el que las trabajadoras asumen en solitario la función de ejecución directa de la provisión del servicio.

La responsabilidad derivada de la atención a los y las usuarias del servicio implica no solo ser la cara visible de la organización que provee el servicio, sino que está vinculada a la ejecución de múltiples y distintas tareas orientadas a proveer soporte y cuidados para la realización de las actividades básicas de su vida cotidiana. Más aun, esta función implica también que las trabajadoras actúen como soporte ante situaciones y problemas emergentes e imprevisibles, que a veces, dada su gravedad, pueden suponer riesgos de vida para estas, así como para las propias trabajadoras.

Al brindar la atención en el domicilio las trabajadoras se encuentran físicamente solas y deben asumir la responsabilidad respecto al cuidado y bienestar de las personas usuarias en ambos casos analizados. Ello implica que deben tomar variadas decisiones y actuar de manera lo más autónoma posible para poder ayudar y brindar soporte físico y emocional a los usuarios del servicio ante situaciones cotidianas previsibles e imprevistas de diversa índole y gravedad, priorizando las necesidades y urgencias en cada caso.

La gran responsabilidad asumida en solitario implica una fuerte tensión y presión para las trabajadoras, en tanto deben proveer con alto grado de autonomía la ayuda necesaria requerida por cada persona en cada caso.

En línea con lo antes mencionado, el alto grado de responsabilidad asociado al puesto de trabajo está vinculado a los elevados grados de autonomía requeridos para el desempeño laboral en el puesto de trabajo, dado que en ambas ciudades estudiadas, las trabajadoras se encuentran a cargo de gran parte de aquello que le ocurre a las personas atendidas y que requieren de la toma de decisiones de forma autónoma orientada a proveerles el soporte y la atención requerida, en la medida en que ello se encuentre a su alcance. Esto se observa en el relato aportado por una trabajadora montevideana:

O sea, estás vos con el paciente. Vos estás en el sanatorio, tocaste el timbre y alguien va a venir, que haga mal o bien su trabajo es aparte, pero alguien va a venir. Pero en el domicilio si estás vos con el paciente es mayor la responsabilidad porque las decisiones son todas tuyas (montevideana, 38 años, nacionalidad uruguaya, curso de acompañante de la empresa en la que se ocupa, Ref. 45)

La gran responsabilidad asumida en domicilio durante la ejecución del trabajo de cuidados al encontrarse a cargo del bienestar de las personas atendidas y la consecuente necesidad de tomar decisiones autónomas ante situaciones complejas y graves que llegan incluso a poner en riesgo la propia vida de estos así como la suya propia es reafirmada en el relato presentado a continuación:

Vamos, ¡solas todo el día! Y mucha responsabilidad, porque llegas a sitios en los que te encuentras con cada situación. Yo me encontré una vez cuando llegué a un domicilio... Me abre el señor la puerta —era solo él, viudo, iba a hacerle la comida—, me abre la puerta, me meto a la cocina, empiezo a prepararle la comida, y una vez que salgo de la cocina lo veo al hombre que iba para un lado, para el otro, muy raro. Y que se me iba al balcón como si se me quisiera tirar. Yo lo sujeté y resulta que le estaba dando un derrame cerebral. Pero te quiero decir, vas tranquila y no te esperas nada y te encuentras con una situación así. Tienes mucha responsabilidad porque son personas que tienes a tu cargo y en un momento dado pues, ¡puede pasar cualquier cosa! (barcelonesa, 55 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 22).

La alta responsabilidad asociada al trabajo está vinculada a que las trabajadoras deben vigilar y controlar el estado general de salud física y mental de las personas usuarias del servicio y su evolución. Al respecto, en el caso barcelonés el grado de responsabilidad parece ser mayor que en el montevideano debido al carácter no solo de larga duración del servicio, sino de una atención más integral de las personas atendidas en el marco del modelo de atención público en el que se sustenta. Ello se refleja en el siguiente fragmento de entrevista:

Tienes que controlarlo todo, vale, controlar... A ver, tienes mucha presión, te causa mucha responsabilidad porque no solamente es eso, es el entorno. Si la tratan bien o si no la tratan bien. Muchas veces tienes que informar, vale, «oye, mira, esto me parece» o «esto no» o «mira, yo veo esta señora que está, a ver, que tiene una llaga», «que yo veo», «que no», «a ver», «que no la cuidan como la tienen» o «este señor a ver que tiene tos». Es mucha responsabilidad la que tienes, es duro, es duro (barcelonesa, 60 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 1).

Otro aspecto ligado a la alta responsabilidad de las trabajadoras al ejecutar la atención en domicilio se vincula no solo a que se hacen cargo del bienestar y lo que les ocurre a las personas usuarias del servicio, sino también a que suelen verse involucradas afectivamente y es algo que a pesar de no ser explícitamente su responsabilidad en el marco de la ejecución del servicio, añade una cuota mayor de responsabilidad y presión respecto a aquello que sucede en el domicilio. De ello da cuenta el siguiente relato: «En domicilio —¿cómo te puedo explicar?— es una carga muy grande, porque tenés el cuidado de la casa —como ya te expliqué antes—... Todo en domicilio está a tu cargo» (montevideana, 51 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 32).

En este sentido, en el domicilio no solo se encuentra la persona atendida en el marco del servicio provisto, sino también sus objetos y pertenencias personales o familiares. Esto suele dar lugar a situaciones confusas e incómodas para las trabajadoras, como es posible observar a través del siguiente relato: «Sí que he tenido también problemas porque las

personas mayores son desconfiadas, no todo funciona estupendamente. Con el dinero y con todas estas historias, que les faltan cosas. Yo siempre he transmitido a la empresa lo que había» (barcelonesa, 48 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 14).

Muchas trabajadoras, tanto en el caso barcelonés como en el montevideano, manifiestan que se ven expuestas a acusaciones de robo de objetos o pertenencias por parte de los usuarios o de sus familiares, como se indica en el fragmento de entrevista que se presenta a continuación:

O sea, con lo que no prefieres lidiar es con las personas que tienen trastornos agresivos más que nada. Es que esta señora además tenía una chica de limpieza que siempre se le metía en la cabeza que le robaba, todo. Era un... ¿sabes? Yo tenía miedo de que hubieran malos entendidos, y yo con los malos entendidos sí que no puedo. Yo lo hablé con ella. Si lo que le hace a la chica de limpieza me lo hiciera a mi veríamos (barcelonesa, 47 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 8).

Por último, la alta responsabilidad y la autonomía requeridas por quienes se ocupan en este tipo de empleos es también resultado del tipo de decisiones y problemas éticos a los que estas se enfrentan en el marco de la prestación del servicio en ambos casos analizados. Ello debido a la gravedad y delicadeza de mucha de las situaciones y problemáticas que suelen padecer las personas usuarias del servicio y a las que están expuestas las trabajadoras que inevitablemente están al tanto de la intimidad de la vida y del hogar de los y las usuarios/as del servicio. Ejemplo de esto son los abusos hacia los usuarios, fundamentalmente adultos mayores de los que da cuenta el siguiente relato propiciado por una trabajadora barcelonesa:

Hay abusos y los abuelos tienen miedo de denunciar esto. Es que hay muchas cosas, mucho tema aquí. Muchos abusos. Sí, cariño mío te quiero mucho, les hacen las compras, con ese dinero se compran cosas ellas. Bueno, es que son muchas cosas, es mucho tema, muy oscuro. La gente mayor tiene miedo de hablar. Gente a la que no tratan bien, que no se los trata con cariño, con respeto. A la hora de hacer una higiene, hay que tener un respeto... hay que tener mucho respeto, son sus intimidades (barcelonesa, 51 años, nacionalidad española, auxiliar de enfermería y de geriatría, Ref. 25).

Responsabilidad y riesgos laborales

El trabajo remunerado de cuidados en domicilio en ambos casos analizados presenta diversos tipos de riesgos laborales a los que se ven enfrentadas las trabajadoras ocupadas en él, y pueden diferenciarse en tres grandes tipos: riesgos laborales ligados a comportamientos o conductas límite por parte de las personas usuarias del servicio que padecen algún tipo de

patología o enfermedad mental, los riesgos laborales derivados de la carga física del trabajo y los derivados de la carga emocional asociada al trabajo. Los riesgos laborales en su conjunto, más allá del tipo y del potencial daño que puedan ocasionar en las trabajadoras, están ligados a los grados de responsabilidad y presión a la que se enfrentan quienes se ocupan en este puesto de trabajo.

En esta sección se analiza en qué consisten los riesgos laborales asociados al puesto de trabajo y cuáles son las implicancias de su exposición para trabajadoras. En segundo lugar, se analizan los mecanismos o dispositivos de prevención de riesgos laborales provistos o gestionados por las empresas u organizaciones de la sociedad civil en el marco de los modelos de atención que los sustentan.

Con relación al primer tipo de riesgos laborales a los que se exponen las trabajadoras en ambos casos de estudio vinculados específicamente a reacciones violentas por parte de los usuarios/as generalmente derivadas de enfermedades o patologías mentales o psiquiátricas que padecen, el que el servicio sea ejecutado en el domicilio de los usuarios/as supone el consecuente aislamiento físico de las trabajadoras en relación con el soporte del resto del personal de la empresa u organización a cargo de la provisión del servicio. Ello implica necesariamente tener que asumir individualmente altos grados de exposición a los riesgos de este tipo, que también se ligan a altos grados de responsabilidad y presión para quienes se ocupan en este puesto de trabajo. De ello da cuenta el siguiente fragmento de entrevista:

Una vez me tocó un hombre que estaba maniatado, estaba todo atado porque se arrancaba el suero, se arrancaba todo, intentaba bajarse, estaba con sonda. Imaginate, se lastimó todo, intentó pegarme, me insultó, me echó y yo tranquila, ¿viste? Porque yo sabía que, claro, te choca un poco porque vos venís a dar lo mejor de ti y entonces... yo digo «bueno, quédese tranquilo», que lo otro, yo digo «Dios mío», porque me da miedo también (montevideana, 51 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 32).

En ambas ciudades estudiadas, el cuidado en domicilio de personas usuarias del servicio que padecen problemas o patologías mentales implica mayores niveles más altos de responsabilidad, a raíz de que dichas enfermedades o patologías suponen con frecuencia la emergencia de conductas límites y problemas complejos que exponen a mayores riesgos a ser enfrentados durante la ejecución del servicio en domicilio por parte de las trabajadoras. Así lo refleja el siguiente relato:

En el domicilio estás sola. Me parece que es más responsabilidad. En domicilio, ya te digo, me tocó trabajar con una persona que el hijo era nurse y se iba de vacaciones y, bueno, durante el día estaba una compañera mía y durante la noche estaba yo. Nuestra responsabilidad era que esta persona con Alzheimer, con demencia senil, tomara la medicación, no tomara de más. Andábamos detrás de

ella porque abría el gas (montevideana, 33 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 33).

Respecto al segundo tipo de riesgos laborales vinculados a la dimensión física del trabajo de cuidados, se constata que el grado de exposición a estos es mayor cuando las trabajadoras —en ambas ciudades estudiadas— atienden a personas con capacidad de movilidad limitada o nula. Esto se debe a que estas personas requieren de un mayor soporte físico para la ejecución de las actividades cotidianas. En este sentido, la carga y los esfuerzos físicos aparejados suelen ser muy altos e ir acompañados de un deterioro o desgaste del propio cuerpo de las trabajadoras que asisten a personas con movilidad reducida en ambos casos estudiados. Ello se aprecia en el siguiente extracto de entrevista:

El señor al que le voy a hacer la higiene en la noche es pesado y las piernitas las tiene inservibles. Las plantas de los pies son una bola completa, no las puede asentar. Y tenía que levantarlo en peso ¿Tú sabes una persona cómo pesa de horrible? No tiene ascensor. Le han hecho una escalerita y una sillita para subirlo y bajarlo, porque el va con una sillita eléctrica por las calles. Luego de allí, de la silla pasarlo a una silla de ruedas, en peso. De la silla de ruedas luego ponerlo al comedor. Luego del comedor llevarlo al oord. La silla de ruedas no cabe ni por la puerta del oord, ni por la puerta de la habitación. Hay que cambiarlo a una sillita estilo escritorio. ¡Todo esto te va haciendo un daño! Yo tengo la columna estropeada (barcelonesa, 51 años, nacionalidad peruana, auxiliar de enfermería, Ref. 26).

En esta misma línea se expresa una trabajadora en el caso montevideano en el que da cuenta del deterioro de su salud, en especial del de la columna, vinculado a las tareas de soporte físico a las personas con movilidad reducida o nula: «Es tranquilo, pero es un sacrificio, porque vos además te estás destrozando la columna, porque estás haciendo esfuerzo. De repente tenés que acomodarlo y sostenerlo, y es con el esfuerzo físico que lo tenés que hacer» (montevideana, 46 años, nacionalidad uruguaya, carrera de fisioterapeuta incompleta, Ref. 44).

Las trabajadoras suelen manifestar que el trabajo de cuidados implica la realización de grandes esfuerzos físicos que se potencian cuando la atención es provista durante el horario nocturno y los usuarios/as requieren ser cambiados y acostados en la cama, como se desprende del siguiente relato:

Es agotador, físicamente agotador. He estado en las horas de la mañana y en las horas de la mañana me parece que es mejor. O sea, cuando echas suplencias en la mañana es buenísimo. La mayoría quiere hacer un paseo, hacer la compra. Y, mira, ahí te las pasas las dos horas ya, y te las pasas bien. O sea, esfuerzo, de nada. Pero en la tarde y en la noche, sí. Cambiar, levantar, acostarlos y todo esto, y la cena, ya

es más pesado, un poquito más pesado (barcelonesa, 51 años, nacionalidad peruana, auxiliar de enfermería, Ref. 26).

Otra de las complicaciones asociadas la dimensión física del trabajo en el horario nocturno es el trastorno del sueño, que suele afectar la calidad de vida de las trabajadoras, como se aprecia en el relato aportado para el caso montevideano:

A nivel físico también hay mucho desgaste y más para el que trabaja de noche, muchísimo. Porque te da lumbalgia, te ataca la espalda. El cambio de sueño a mí me ha afectado mucho. El cambio de sueño te afecta muchísimo en el tema de la salud. Ahora estoy certificada por el Banco de Seguros [del Estado] por un mal movimiento de lumbalgia (montevideana, 32 años, nacionalidad uruguaya, curso de enfermería incompleto, Ref. 37)

Algunas de las partes del cuerpo de las trabajadoras que se ven especialmente deterioradas a raíz de las tareas asociadas al soporte físico de los usuarios/as son la espalda y las cervicales, así como también las rodillas, tal como lo expresa una trabajadora:

Bueno, el físico lo tengo bastante deteriorado en este momento. Yo pienso, cincuenta años quiere decir que tu cuerpo ya está así. Me resisto. Es que no lo acepto. Me duelen las cervicales, las lumbares. Es que yo nunca me he encontrado así. Bueno, ya te digo, quizá porque he dejado el yoga, en el yoga muchas de las cosas que se hacen son estiramientos, y va estupendo, aparte de que haga bien para otras cosas interiores, para tu estado interior. Pero en el cuerpo se nota mucho, mucho. Llevo un tiempo bastante mal (barcelonesa, 51 años, nacionalidad española, auxiliar de enfermería y geriatría, Ref. 25).

Otra de las zonas del cuerpo que suelen verse deterioradas por el desgaste físico asociado son la rodillas, de lo que da cuenta el siguiente relato:

A veces tienes temporadas en las que la rodilla, tú sabes... Agáchate, viste una persona, esto, lo otro, cogerla. Ahora mismo, la semana pasada, un señor que te digo que ahora mismo no coopera nada... ¡Tengo los codos de hacer fuerza para subirlo...! Te perjudica muchísimo físicamente (barcelonesa, 60 años, nacionalidad peruana, auxiliar de geriatría, Ref. 21).

Con relación al tercer tipo de riesgos laborales asociados específicamente a la dimensión emocional del trabajo remunerado de cuidados, plantea a las trabajadoras el desafío de lidiar con la alta carga emocional derivada, por un lado, del excesivo involucramiento afectivo con las personas atendidas a raíz de la gravedad de la condición de dependencia, la frecuente soledad y problemáticas ante las que estas suelen encontrarse, a la par que la necesidad y exigencia de expresar o transmitir tranquilidad y serenidad hacia los usuarios/as a la hora de intentar resolver los diversos problemas que emergen durante el servicio.

La condición de aislamiento físico respecto otras colegas de trabajo y la gran responsabilidad que supone estar a cargo de su bienestar, en un contexto en el cual el soporte técnico organizacional no suele ser adecuado o suficiente en ambos casos analizados, tiende a generar una fuerte presión y sobrecarga emocional en las trabajadoras.

La carga emocional asociada al trabajo es, en parte, resultado del vínculo o relación que se establece entre las trabajadoras que cuidan y las personas que reciben dicho cuidado en cuyo marco el cuidado emocional de los usuarios suele ir acompañado de una fuerte sensación de impotencia por parte de las trabajadoras a la hora de resolver las diversas y frecuentemente complejas problemáticas que padecen las personas atendidas durante el servicio provisto. Ello suele implicar una solitaria y alta carga de responsabilidad por parte de las trabajadoras, en un contexto de limitados márgenes de acción para dar respuesta a las problemáticas de las personas usuarias del servicio.

A grandes rasgos, la literatura especializada tal como se ha analizado en el capítulo 1 coincide en que este síndrome de quemazón emocional consiste en un cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso y es un riesgo laboral al que están expuestas quienes se ocupan en la atención directa como respuesta a las demandas de un trabajo estresante a nivel interpersonal. A su vez, entre los aspectos que lo determinan, vinculados a la carga emocional asociada a los distintos trabajos, se encuentran el contexto social de las interacciones en el trabajo, su intensidad y su grado de intimidad, algo que es característico y constitutivo del trabajo remunerado de cuidados en domicilio objeto de estudio.

El trabajo emocional no solo implica una alta carga para quienes lo llevan a cabo, sino que, además, en el empleo analizado en ambas ciudades, es asumido por las trabajadoras en el contexto de un rol y tareas de soporte emocional invisibilizadas en las regulaciones o prescripciones que enmarcan al servicio. Asimismo, supone una alta presión y responsabilidad asumidas en solitario (aisladas de otras/os colegas de trabajo) respecto al bienestar del usuario/a del servicio por parte de las trabajadoras y en el marco de un insuficiente soporte técnico por parte de las empresas proveedoras del servicio en ambos casos analizados (ver sección 1.2 del capítulo 1).

Ortega y López (2004) sostienen que entre las variables ligadas al contexto organizacional en el que se enmarca el trabajo de atención directa, la ambigüedad del rol y la falta de apoyo social y de soporte técnico son aspectos que potencian los riesgos de aparición de este síndrome entre los y las trabajadoras.

El *burnout* o síndrome de quemazón emocional es asociado en la literatura especializada a consecuencias psicológicas y afectivas negativas para los trabajadores/as que la padecen (Burke y Greenglass, 1995; Cherniss, 1993; Maslach y Leiter, 1998), así como también se lo liga a efectos negativos para las organizaciones (Cameron *et al.*, 1996; Jacobson,

1986; Lee y Ahfroth, 1996) que brindan servicios de atención personal (por ejemplo, alta rotación, baja productividad, etcétera).

En conexión con lo anterior, la mayor parte de las trabajadoras comparte la idea de que este trabajo tiene una alta carga emocional dada la condición de dependencia y los problemas que tiene la personas atendida en el marco del servicio en ambos casos analizados. De ello da cuenta el siguiente relato:

Llevamos mucha carga emocional. Nos encontramos en los domicilios con problemas de todo tipo. En todas las familias hay problemas y nosotras estamos con la gente que más problemas tiene. Gente mayor, que los hijos ya no quieren saber nada de ellos, la mayoría de los hijos (barcelonesa, 60 años, nacionalidad peruana, auxiliar de geriatría, Ref. 21).

Aprender a lidiar con la alta carga emocional es uno de los principales desafíos a los que se enfrentan quienes quieren permanecer en este tipo de empleo. Este tipo de riesgo es asumido en forma individual por las trabajadoras en ambos casos de estudio. De ello da cuenta el extracto de entrevista presentado a continuación:

Los esfuerzos físicos los hago, pero no demasiados. Tengo muchos más servicios donde puedo tener problemas de quemarme emocionalmente, que no por las tareas físicas. Lo otro creo que lo voy controlando. No te puedo decir, pueda ser que haya un momento que tenga un límite, pero es lo que decimos: si tú haces un trabajo que te gusta y vas contenta al trabajo y sales cada día contenta de tu casa, pues es más difícil que te quemes que si sales de casa pensando «otra vez allá seis, siete horas, ¡qué horror, qué ganas de sacar! ¿Qué hora es, cuánto falta?». Eso hace mucho. Yo normalmente puedo tener un día malo por mí misma o porque en el trabajo se me complica todo, pero normalmente cuando salgo de trabajar salgo bien, no salgo quemada (barcelonesa, 55 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 23).

La gestión organizacional de los riesgos laborales de los agentes prestadores del servicio de atención en Barcelona y Montevideo

Gran parte de los requerimientos técnicos —como fue analizado anteriormente— están vinculados a los riesgos laborales específicos asociados al trabajo remunerado de cuidados ejecutado en el marco de la provisión de servicios de atención y compañía en domicilio.

La gestión y organización del servicio llevado a cabo en ambas ciudades analizadas por empresas u organizaciones de la sociedad civil se caracteriza en términos generales por la insuficiente o inadecuada provisión del soporte técnico por parte de dichas empresas u

organizaciones hacia las trabajadoras durante la ejecución directa del servicio en domicilio. Dicho soporte técnico es o debería ser uno de los principales mecanismos organizacionales de prevención de los riesgos laborales a ser asumido por dichas empresas u organizaciones de la sociedad civil a cargo de la prestación y calidad de la atención de las personas usuarias del servicio.

El soporte técnico es un aspecto fundamental para que las trabajadoras puedan realizar adecuadamente el trabajo de cuidados en domicilio y brinden una atención adecuada a sus usuarios/as, así como actúa como un dispositivo clave a la hora de prevenir algunos de los riesgos laborales asociados a la atención directa de los y las usuarios/as. Esto se debe a que el trabajo de cuidados en domicilio se caracteriza en ambos casos por la soledad y el aislamiento de las trabajadoras en el domicilio y por la emergencia de múltiples problemas (previsibles o no previsibles) asociados a la condición y situación de las personas dependientes atendidas así como por los variados riesgos laborales antes examinados.

Se distinguen diversos mecanismos ligados a la gestión y organización del servicio por parte de las empresas u OSC —en ambos casos analizados—, que presentan sus matices y diferencias: la falta o insuficiencia de información sobre la condición y estado de las personas a ser atendidas, el inadecuado soporte técnico de carácter individual ante la emergencia de problemas o situaciones complicadas en el domicilio, así como de dispositivos de soporte técnico de naturaleza colectiva tales como las reuniones de coordinación. A continuación se analiza cada uno de ellos, con especial énfasis en las similitudes y diferencias en ambos contextos estudiados.

El soporte técnico hacia las trabajadoras

La falta o insuficiencia de apoyo o soporte técnico de las empresas u OSC que gestionan el servicio hacia el trabajo desarrollado por las trabajadoras en ambas ciudades analizadas se traduce, en primer lugar, en una inadecuada o insuficiente información sobre la situación y condición o las problemáticas concretas de las personas atendidas en el marco del servicio. Asimismo, el soporte técnico es requerido para canalizar y evacuar dudas en relación con la asistencia de los y las usuarios/as del servicio en los momentos en que emergen problemáticas de carácter previsible y no previsible.

En ambos casos, las trabajadoras encuentran escasa disponibilidad o espacios donde canalizar los planteos vinculados a problemas y emergencias, así como en relación con el adecuado seguimiento de los casos atendidos en el marco de la prestación del servicio que llevan a cabo.

En particular, la falta o la insuficiencia de información respecto a la condición y a las problemáticas de salud o de otra índole vinculadas al tipo de dependencia padecida por las

personas usuarias del servicio en ambos casos estudiados, constituye uno de los problemas derivados de la gestión del servicio por parte de las empresas u OSC que lo proveen que incide de manera directa en el trabajo llevado a cabo por quienes brindan la atención directa en domicilio.

Para la mayoría de las trabajadoras en ambas ciudades, recibir información completa y detallada respecto a la condición y situación del usuario/a a ser atendido es un elemento o herramienta fundamental para poder llevar a cabo adecuadamente el servicio de atención. Es decir, la provisión de información por parte de los agentes prestadores del servicio sobre la condición de dependencia, las patologías o enfermedades de las personas usuarias del servicio es vital para poder manejar y enfrentar adecuadamente los riesgos laborales, así como estar mínimamente preparadas para abordar las diversas problemáticas emergentes durante el trabajo que llevan a cabo en el domicilio de los usuarios/as. Esto se observa en el relato presentado a continuación:

O sea, por ejemplo, te dan un caso, mira: esta semana me dieron un caso de un señor tal. «Tienes que ir a tal señor porque es una suplencia», y yo pregunto «¿qué hay que hacerle?», «Ah, espérate, ya va, espérate. Bueno aquí no dice nada, “ochenta años”, solamente». Nada. Entonces llegas y dices «Dios mío, ¿qué me tocará? ¿Qué tendrá este señor? ¿Cómo iré? Prepárame, ¿qué tendrá este señor?». Porque no sabes, no vas preparada, ni física ni emocionalmente, porque no sabes con qué te vas a encontrar (barcelonesa, 48 años, nacionalidad venezolana, auxiliar de geriatría, Ref. 12).

Gran parte de las trabajadoras barcelonesas entrevistadas considera que la insuficiencia a nivel de la información sobre los usuarios/as a ser atendidos en el marco del servicio suele estar vinculada a los problemas de coordinación entre el Ayuntamiento de Barcelona y las empresas u organizaciones de la sociedad civil que ejecutan el servicio.

A su vez, como lo relata una trabajadora montevideana, tener información completa y detallada sobre la condición y las problemáticas de los usuarios/as a ser atendidos es vital para prevenir o reducir el impacto de ciertos riesgos laborales como las reacciones agresivas y violentas hacia las trabajadoras que, en reiteradas ocasiones, son producto de enfermedades mentales o degenerativas de los usuarios/as.

La información respecto a si el usuario/a del servicio padece alguna enfermedad contagiosa también es relevante para prevenir posibles contagios por parte de las trabajadoras. De ello da cuenta la siguiente narración:

La información, que a veces no te la dan —porque siempre hay un poquito de algo hay oculto—. Te tienen que decir toda la patología y todo para que sepas más o menos con qué panorama, con qué cosa te vas a encontrar, porque te podés

encontrar con cualquier tipo de cosas. Qué es lo que tiene por si es contagioso o no (montevideana, 32 años, nacionalidad uruguaya, auxiliar de enfermería, Ref. 29).

Por otro lado, la ausencia o la inadecuación del soporte técnico provisto por las organizaciones a cargo del servicio es usual en ambas ciudades analizadas. Esta percepción, frecuentemente compartida por las trabajadoras, puede ser observada en el siguiente fragmento de entrevista, del caso barcelonés, al referirse a las coordinadoras del servicio:

Están muy atareadas, que tienen mucho trabajo. Entonces todo lo que yo pueda solucionar me lo soluciono yo, toda información que yo pueda tener, pues me la busco yo. Porque ellas tienen mucho trabajo, nunca me he encontrado con un caso de decir «me apoyan» (barcelonesa, 50 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 7).

En el caso montevideano, gran parte de las trabajadoras entrevistadas considera que prácticamente no existe soporte o apoyo técnico por parte de las empresas que la contratan, razón por la cual la mayoría de las veces que surgen problemas o situaciones complicadas deben resolverlas en solitario. Ello se refleja en el siguiente extracto de entrevista: «En realidad nunca tuve que llamar a la empresa, siempre lo resolví sola. Pienso que no hay apoyo» (montevideana, 31 años, nacionalidad uruguaya, Escuela de Enfermería, Ref. 30).

En sintonía con lo anterior, otra trabajadora manifiesta que la empresa para la que trabaja rara vez brinda el soporte necesario a las trabajadoras ante casos o situaciones complicadas que emergen durante la ejecución del servicio en domicilio: «En los momentos difíciles la empresa no te apoya. La empresa le da siempre la razón al socio» (montevideana, 50 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 33).

Por otra parte, en el caso barcelonés, dado que el servicio es de larga duración, muchas trabajadoras expresan molestias en relación con el inadecuado seguimiento de la situación (y sobre todo de deterioro) de la condición de dependencia de los/as usuarios/as del servicio. En este sentido, muchas trabajadoras reclaman una mayor y mejor supervisión en domicilio por parte de los coordinadores técnicos de la empresa proveedora del servicio y de los responsables del Ayuntamiento.

Las trabajadoras suelen expresar que las coordinadoras de las empresas u OSC proveedoras del servicio disponen de escaso tiempo para atenderlas ante eventuales urgencias y otro tipo de planteos asociados al trabajo que realizan. La falta o insuficiencia de seguimiento técnico por parte de las empresas proveedoras del servicio es visualizada como un aspecto que va en detrimento de la calidad del trabajo llevado a cabo:

No hay control, a no ser que sea un servicio complicado. Sinceramente me ha tocado una asistente social muy implicada pero no todas son iguales, también te lo digo. Entre todos estamos intentando hacer un buen trabajo. Yo a veces le digo a

Ruth «llama a Carmina, hay que hacer una reunión. Hay problemas, este domicilio está muy parado, esto no avanza» (barcelonesa, 42 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 18).

En momentos de angustia y estrés emocional ante situaciones complejas, la falta de soporte y de respuesta rápida de las empresas es frustrante para la mayoría de las trabajadoras, tal como se expresa a continuación:

A veces me mosquean. Cuando realmente estás agobiada en situaciones que esperas en ese momento solución y no las tienes. De los que están por sobre mí, puede ser de la empresa o del Ayuntamiento, de todo el contorno alrededor mío. Cuando yo pido ayuda para un caso —porque realmente cuando ya lo has pedido es que de verdad estás angustiada—, entonces hasta que llega, hasta que llega algún apoyo (barcelonesa, 45 años, nacionalidad peruana, auxiliar de geriatría, Ref. 2).

La falta de apoyo o soporte técnico de las empresas refuerza los sentimientos de angustia vividos por las trabajadoras durante situaciones shockeantes o complejas. Esto se ilustra en el fragmento de entrevista presentado a continuación:

Tuve un caso de locura, esquizofrénico paranoico. Esta persona en cuestión se tuvo tres años en un piso tutelado, a los tres años se trajo a casa y yo iba una vez a la semana para controlar la higiene y el orden de su vida. Funcionó todo ocho años hasta que un día empezó la cosa, empezó el primer síntoma. Lo denuncié al equipo. Empezó el segundo tema, lo dije al equipo, y al tercero tuve que salir por la ventana. Ahí sí que quedó el tipo. Me sentí mal, no tuve apoyo después de ninguno, eso duele. Estás muy sola y con mucha responsabilidad. Pides ayuda y no aparece, eso es lo que más te duele, es eso (barcelonesa, 59 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 3).

La falta o el inadecuado soporte técnico por parte de las empresas proveedoras del servicio agudizan en muchos casos el sentimiento de soledad, aislamiento e impotencia de las trabajadoras, ya que no pueden realizar ciertas acciones que solo el Ayuntamiento puede llevar a cabo para mejorar la situación de los usuarios del servicio relativa a su condición de dependencia. Ello se ve reflejado en el siguiente fragmento de entrevista:

Yo me he encontrado con casos que has sentido la necesidad de hacer determinadas actuaciones y no las puedes hacer pues precisamente no dependen de ti. Dependes de otras personas que no toman las decisiones que yo creo que deberían tomarse en ese momento. Primero la empresa, que es mi inmediato superior y después servicios sociales. No sé dónde se pierde la información, no sé. A lo mejor no se pierde y simplemente no se actúa, pues porque no se cree

conveniente (barcelonesa, 47 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 8).

Por último, las reuniones de coordinación podrían actuar como mecanismos de soporte técnico a nivel de las prácticas de trabajo individuales y colectivas de trabajo de quienes proveen en solitario la atención directa en el domicilio de las personas en situación de dependencia, tanto en el caso barcelonés como el montevideano. Sin embargo, en el caso de las empresas montevideanas, dichas instancias no existen, mientras que en el barcelonés las trabajadoras suelen manifestar que las que existen no son suficientes, tanto en cantidad como calidad.

En las empresas montevideanas analizadas no existen espacios o mecanismos de prevención de riesgos de carácter colectivo como reuniones de coordinación en tanto espacios fundamentales de reflexión y soporte orientado a tratar de manera grupal y con referencias técnicas los casos atendidos, los problemas ligados a estos y las formas de abordarlos en domicilio. En el caso barcelonés, los mecanismos de soporte colectivo —las instancias de coordinación entre trabajadoras y supervisores o coordinadores de servicio de las empresas proveedoras del servicio— son valoradas como necesarias, según la mayor parte de las trabajadoras entrevistadas en el caso barcelonés, sobre todo por aquellas que en experiencias laborales anteriores, tuvieron la oportunidad de tener reuniones de coordinación colectiva regularmente.

La soledad y el aislamiento de las trabajadoras son características del trabajo en domicilio y es en función de ello que muchas trabajadoras expresan la necesidad tener un espacio de apoyo y soporte colectivo, como las reuniones de coordinación, donde es posible interactuar con colegas de trabajo y contar con el soporte de supervisores o coordinadores para reflexionar sobre las prácticas de trabajo que realizan, los problema identificados, las formas de abordarlos, etcétera.

El siguiente relato provisto por una trabajadora barcelonesa refleja la satisfacción de contar anteriormente con una marco de apoyo organizacional del servicio en el cual existían reuniones de coordinación realizadas en cantidad suficiente y de forma sistemática: «Reuniones de coordinación: ahora volvemos a hacerlas otra vez aquí, antes eran muchas. Yo siempre digo lo mismo, saco el mismo tema, para mí las reuniones de coordinación fueron muy buenas hace años» (barcelonesa, 59 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 3). Sin embargo, la frecuencia quincenal de las reuniones de coordinación parece no darse en el caso de las nuevas empresas proveedoras del SAD en Barcelona, algo ligado en parte al cambio de sus empresas proveedoras a raíz de la nueva licitación del Ayuntamiento y del tiempo de ajuste y organización de las nuevas empresas a la hora de poner en funcionamiento el servicio.

Una trabajadora barcelonesa de otra empresa sostiene que las reuniones de coordinación son más esporádicas, como puede apreciarse a continuación: «Bueno, tenemos esas reuniones, eso, lo que ya sabes que se hacen, una vez, no sé, cada dos o tres meses que nos reunimos las trabajadoras en grupitos y cada una expone, pues, sus problemas, lo que tiene, pero, bueno, un servicio así, con una psicóloga» (barcelonesa, 43 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 5).

En definitiva, más apoyo técnico y menos control burocrático por parte de las empresas que proveen el servicio en domicilio son reclamados por gran parte de las trabajadoras entrevistadas en ambas ciudades estudiadas, a pesar de que en el caso barcelonés el soporte a nivel de la coordinación y supervisión técnica de los casos parece ser mayor dada la naturaleza del modelo de atención detrás del servicio.

No obstante, la mayor complejidad de los casos atendidos y el tipo de servicio ofrecido hace que las trabajadoras barcelonesas reclamen la necesidad de contar con un soporte técnico más amplio y sólido por parte de dichas empresas, entendiendo por este no solo aquel orientado a contar con la ayuda de los agentes prestadores del servicio ante situaciones de emergencia en los domicilios, sino con que el servicio se organice de forma tal que se le brinde un mejor y mayor seguimiento a los usuarios/a atendidos por parte de la empresa en coordinación con el Ayuntamiento, dado su carácter público y de larga duración.

El insuficiente o inadecuado soporte técnico por parte de las empresas u organizaciones de la sociedad civil que brindan el servicio se refleja en la insuficiencia o no suficientemente detallada información provista a las trabajadoras por parte de las empresas proveedoras del servicio sobre los usuarios en ambos casos analizados, así como en la falta de soporte técnico de las trabajadoras en los casos atendidos y las emergencias a ser resueltas durante la ejecución de la atención directa de las personas usuarias del servicio.

A nivel de los dispositivos de prevención de riesgos laborales, en particular los vinculados a la sobrecarga emocional, el caso barcelonés cuenta con la experiencia de las reuniones de coordinación grupal vitales para compartir y socializar las vivencias de trabajo que son asumidas por las trabajadoras en solitario. Esto, más allá de que las reuniones no se lleven a cabo con la frecuencia requerida o en los plazos adecuados. En Montevideo las trabajadoras no cuentan con este dispositivo organizacional de carácter colectivo que puede coadyuvar a alivianar la solitaria carga afectiva asociada al puesto de trabajo.

Las competencias técnicas específicas requeridas en el puesto de trabajo

Dentro de los requerimientos técnicos asociados al empleo se identifican las competencias laborales específicas solicitadas para el desempeño laboral, que no solo hacen referencia a un conjunto de conocimientos tanto teóricos y abstractos como prácticos —que

según las trabajadoras son requeridos para ejercer el trabajo de cuidados en el marco de la prestación del servicio de atención y acompañamiento en domicilio—, sino también a formas de ser (actitudes y predisposiciones) necesarias para el desempeño laboral.

Tal como se ha sostenido en la sección 1.3 del capítulo 1, las competencias laborales son definidas como las capacidades, los conocimientos y las actitudes aplicados en un contexto de trabajo, es decir, que son específicas de cada empleo y organización productiva (Massó y Verd, 2007; Planas y Sala, 2008). Son aquellas habilidades, conocimientos y capacidades puestos en práctica por los/as trabajadores/as en las situaciones reales de trabajo. Dichas competencias son específicas de cada empleo, así como de la organización del proceso productivo relacionado con la organización del proceso de trabajo en torno a la provisión del servicio y el encuadre político-institucional.

El análisis del «saber ser y hacer» asociado a las competencias laborales está ligado a aquello que específicamente se requiere para la resolución de problemas (Zarifián, 1999) en el marco de la ejecución del servicio de atención o cuidado en domicilio en ambos casos estudiados y, más concretamente, de la ejecución directa del soporte provisto a las personas usuarias del servicio por trabajadoras durante el desempeño laboral asociado al puesto de trabajo de cuidados en domicilio objeto de estudio.

El análisis desarrollado a continuación examina en primer lugar al conjunto de conocimientos teórico-prácticos que constituyen las técnicas específicas que las trabajadoras deben conocer y saber emplear para dar soporte a las personas usuarias del servicio en domicilio, orientadas fundamentalmente a brindar el soporte físico requerido para la realización de actividades de la vida cotidiana.

En segundo lugar, se analizan los conocimientos concebidos como imprescindibles para el ejercicio del trabajo de cuidado en domicilio, vinculados a las enfermedades y patologías, tanto físicas como mentales, más frecuentes en las personas usuarias del servicio en ambos casos estudiados en tanto herramientas fundamentales para identificar problemas y necesidades y poder brindar el soporte y cuidados requeridos durante la ejecución del servicio en ambas ciudades. En tercer lugar, se analizan las competencias interpersonales identificadas como más relevantes y señaladas como requeridas por las trabajadoras en ambos casos analizados para poder llevar a cabo la actividad laboral cotidiana.

Los conocimientos teórico-prácticos de las técnicas de movilización e higiene

Los conocimientos específicos sobre técnicas de movilización o transferencia así como de higiene de las personas son fundamentales para que quienes se ocupan en el puesto de

trabajo y están a cargo del cuidado de los usuarios en sus domicilios puedan llevar a cabo las tareas de soporte físico asociadas a la dimensión física del trabajo anteriormente analizada.

El conocimiento de distintas técnicas permite a las trabajadoras llevar a cabo adecuadamente las movilizaciones de las personas atendidas que tienen dificultades o imposibilidad para moverse físicamente y que son necesarias para que estos puedan realizar las actividades básicas (alimentación, higiene, traslado de un lugar físico a otro, etc.). Asimismo, dichas técnicas evitan accidentes cuando se las manipula o ayuda a mover físicamente.

Tener conocimientos sobre estas técnicas y saber aplicarlas en la práctica es preciso para evitar los riesgos laborales asociados a las tareas físicas que realizan las trabajadoras que proveen los cuidados en domicilio. Las técnicas de movilización permiten a las trabajadoras cuidar de sus propias posturas corporales y su estado físico, mientras llevan a cabo la atención en domicilio.

Tal como lo señala una trabajadora en el caso barcelonés, saber cómo mover y manipular a las personas es importante para ayudar a cubrir las distintas necesidades de los/as usuarios/as del servicio y evitar que ocurran accidentes durante su provisión: «Si tú no sabes manipular a una persona, no puedes asearla. La manipulación de la persona es importante. Si tú no sabes ni siquiera agarrarla para pasarla a una silla, es difícil» (barcelonesa, 53 años, nacionalidad ecuatoriana, trabajadora familiar, Ref. 13).

Una trabajadora montevideana manifiesta que los conocimientos relativos a las técnicas de movilización son fundamentales para ayudar a los usuarios a bañarse y para prevenir los accidentes que son comunes cuando se realizan dichas tareas: «Las técnicas o conocimientos de las técnicas de movilización, de cómo bañar, de higiene, está bueno saberlas, es importante. Además, después vienen accidentes, que son muy comunes en los baños. Es una forma de prevenir accidentes» (montevideana, 50 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica, Ref. 33).

El conocimiento teórico-práctico de las técnicas de movilización es imprescindible para evitar que los problemas físicos que suelen padecer las personas con movilidad reducida o absoluta no se agraven: «No mover a una persona que se te cae, que esté con una fractura y yo que sé. Si tiene una costilla rota puedes perforar un pulmón, cualquier cosa de esas. Hay que saber cómo hacerlo» (montevideana, 39 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 34).

Los conocimientos sobre técnicas de movilización de los usuarios permiten evitar los riesgos laborales asociados a la dimensión física antes anteriormente analizados, como las lesiones físicas, entre las que son frecuentes los problemas de columna, rodillas, cervicales y articulaciones que las propias trabajadoras pueden padecer a raíz de las movilizaciones y esfuerzos físicos necesarios para llevarlas a cabo. De ello da cuenta el relato proporcionado

por una trabajadora en el caso barcelonés: «Pienso que primero se deberían saber hacer las movilizaciones de una persona totalmente dependiente físicamente porque es hacer fuerza y si no sabes hacer los movimientos que te enseñan en los cursos, pues, terminas con la espalda destrozada» (barcelonesa, 45 años, nacionalidad española, auxiliar de geriatría, Ref. 2).

Más aun, las técnicas de movilización son imprescindibles para cuidar el físico de las trabajadoras y evitar que estas se lesionen y lastimen. Los conocimientos teórico-prácticos de las técnicas de movilización ayudan a las trabajadoras a tener buenas posturas a la hora de movilizar a los y las usuarios/as, cuidando de esta forma de su propia salud física. En este sentido, la «higiene postural» a la que se refiere la siguiente trabajadora solo es posible si se cuenta con este tipo de conocimientos:

Necesitas técnicas de movimiento. Yo siempre he dicho una cosa y es que la persona que tiene problemas, puedes tenerlos, porque todo el mundo puede tenerlos. Yo he tenido siempre encamados. Tenía un señor hace un tiempo —que ya murió— que pesaba cien kilos y estaba parapléjico. La señora y yo lo levantábamos y lo poníamos en la silla. Se requieren conocimientos para saber flexionarte. Eso se le llama higiene, saber flexionarte para no lastimarte (barcelonesa, 59 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 3).

Otro relato aportado por una trabajadora montevideana da cuenta de lo necesarios que son los conocimientos sobre técnicas de movilización para evitar los daños o lesiones físicas derivadas de la ejecución de las tareas físicas de soporte a la realización de las actividades básicas de la vida cotidiana de las personas usuarias del servicio.

Cuando tenés personas que tienen algún *handicap* físico, movilizar a ese paciente todos los días termina lesionándote tu propio organismo, en la columna sobre todo. Y si vos no sabés movilizarte adecuadamente, va a llegar un momento que tu físico lo va a sentir (montevideana, 38 años, nacionalidad uruguaya, curso de acompañante de la empresa en la que se ocupa, Ref. 45).

Los conocimientos sobre salud, enfermedades y patologías

Otro conjunto de saberes que las trabajadoras en ambos casos analizados consideran básicos o fundamentales para el desempeño laboral están ligados a los conocimientos generales sobre la salud del cuerpo humano y las enfermedades y patologías más frecuentes en las personas atendidas, es decir las personas adultas mayores y con enfermedades mentales.

Las trabajadoras suelen compartir la idea de que estos conocimientos son relevantes no solo para poder ayudar a los usuarios del servicio a cubrir sus necesidades básicas, sino para proveerles soporte ante eventuales crisis o situaciones complicadas e imprevistas que

afectan su salud y que suelen emerger con frecuencia durante la provisión del servicio en domicilio. Dichos conocimientos son imprescindibles para que las trabajadoras tengan noción de qué es lo que le sucede a las personas atendidas, cuáles son sus necesidades o por qué tienen determinadas reacciones y a partir de ello puedan ser capaces de brindarles la ayuda y soporte requerido. También son imprescindibles para entender los diagnósticos médicos y sus implicancias a nivel de la salud física y mental de las personas que cuidan. Es por esto que gran parte de las trabajadoras sostiene que cuanto más conocimientos sobre enfermedades y patologías tengan, más efectiva será la ayuda que pueden prestarle a los y las usuarios/as en el marco del servicio.

Las trabajadoras consideran los conocimientos sobre las distintas enfermedades físicas o mentales esenciales para su desempeño laboral y para hacer frente al cuidado diario de los usuarios/as y monitorear y seguir su condición.

Conocer las características básicas de las enfermedades y cómo afectan a las personas atendidas hace posible que las trabajadoras puedan distinguir sus conductas, reacciones y estados, para ser capaces de orientar el tipo de ayuda a ser provista. Según gran parte de las trabajadoras, los conocimientos básicos sobre enfermedades les permiten estar mínimamente preparadas para saber ante qué tipo de problema están lidiando, cuál es su gravedad y urgencia y cómo hacer para ayudar a los usuarios a enfrentarlos. A su vez, dichos conocimientos son indispensables para prevenir tanto los riesgos físicos como emocionales asociados al trabajo de cuidado (riesgos de contagios, de vivenciar situaciones violentas, etcétera).

Las trabajadoras suelen considerar que los conocimientos sobre enfermedades y patologías físicas y mentales les permiten no solo detectar los síntomas que presentan las personas ante diversos problemas asociados a ellas, sino que constituyen herramientas para saber cómo reaccionar y en qué y cómo ayudarlos. Esto se refleja en el relato aportado por una trabajadora montevideana: «Primero, saber qué tiene para saber cómo tratarlo. Antes que nada saber el nombre y lo que tiene, saber si es diabético, si es hipertenso. Primero saber la patología de lo que tiene» (montevideana, 32 años, nacionalidad uruguaya, enfermera, Ref. 29).

En el relato aportado por una trabajadora en el caso barcelonés, se manifiesta que los conocimientos son imprescindibles para saber cómo tratar y ayudar a los usuarios atendidos en el marco de la provisión del servicio:

Cuanto más sepas mejor. Sobre todo tienes que saber que el cuidado de la persona es lo principal. Tienes que saber que hay cosas que no se pueden hacer, porque si una persona es diabética y le haces una herida no se va a desangrar pero le puedes gangrenar ese dedo o según, pueden hacer según qué cosas. Si una persona es epiléptica no puedes, tienes que arroparla para que no coja frío y ponerle algo que

no se golpee y llamar. No te puedes meter en un domicilio sin saber estas cosas (barcelonesa, 46 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 4).

El siguiente fragmento de entrevista refleja la idea usualmente compartida por las trabajadoras barcelonesas y montevidéanas respecto a que sin conocimientos sobre enfermedades y patologías físicas es imposible trabajar en el domicilio, ya que la persona atendida puede tener serios problemas que requieran de ayudas específicas que, si no son provistas en el momento preciso, pueden conducirla incluso a la muerte.

Muchas veces tienes que detectar, pues esto, ciertas patologías a veces yo me he encontrado con una embolia, con un accidente vascular y he tenido que saber lo que tenía que hacer. Hay que tener unos mínimos conocimientos de enfermería y los mínimos conocimientos, sí, claro. Es que si no, no puedes trabajar (barcelonesa, 47 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 8).

Una trabajadora montevidéana sostiene que los conocimientos sobre enfermedades y patologías físicas son vitales para poder brindar la ayuda requerida por los usuarios ante diversos problemas que pueden padecer a nivel de su salud física, tales como un infarto o una suba de presión:

Tenés que saber por lo menos mínimamente qué es una diabetes, qué le va a pasar. Si vos ves que está bien y de repente empieza a sudar o a quedar pálido, eso tiene que ser algo, tenés que saber los síntomas. Por ejemplo, si lo notas decaído, no sé, puede ser presión: ver si toma medicación para la presión, si ya la tomó. Tener conocimientos básicos de cosas que te pasan siempre, no digo que sepas si le da un infarto qué tenés que hacer. Son cosas que tenés que saber para ser acompañante (montevideana, 31 años, nacionalidad uruguaya, Escuela de Enfermería, Ref. 30).

De manera más general, contar con conocimientos sobre la tercera edad o vejez es importante para comprender e identificar las problemáticas y condición que tienen gran parte de las personas usuarias del servicio en ambos casos analizados. De ello da cuenta el fragmento de entrevista realizada a una trabajadora montevidéana y presentado a continuación:

Tener conocimientos de psicología más que nada, porque nosotros trabajamos con adultos por lo general de cincuenta años para arriba. Entonces, sirve saber de psicología en adultos, en la tercera edad, como también de enfermedades muy complejas como Alzheimer, como, yo qué sé, todas esas cosas así (montevideana, 51 años, nacionalidad uruguaya, auxiliar de geriatría y curso de acompañante de la empresa en la que se ocupa, Ref. 28).

Los conocimientos sobre enfermedades o patologías mentales son imprescindibles para que las trabajadoras sepan cómo actuar ante determinadas reacciones de los usuarios

que son resultado o síntoma de la enfermedad que padecen. Ello les permite distinguir, en primer lugar, si dichas reacciones son producto del carácter de la persona atendida o si constituyen un síntoma de la enfermedad o patología que las provoca. Esto se refleja en el fragmento de entrevista aportada por una trabajadora en el caso barcelonés:

Tienes que saber cómo van evolucionando las enfermedades, qué características tiene cada enfermedad mental como el Alzheimer u otras como el Parkinson. Cada cual tiene unas características. Si no sabes, y no puedes saber, si este hombre me contesta así porque está enfermo. A veces la enfermedad hace que esta persona reaccione de cierta manera, porque sino dices «¿A esta viejo qué le pasa?». O sea, si sabes ya comprendes y si no sabes te sorprende todo y no estás preparada (barcelonesa, 45 años, nacionalidad peruana, auxiliar de geriatría, Ref. 2).

Tal como lo señala una trabajadora en el caso barcelonés, los conocimientos sobre enfermedades mentales son imprescindibles para saber cómo tratar y atender a los usuarios que las padecen:

En enfermedades mentales, por ejemplo... Necesitas teoría para saber cómo tratar a una persona con una enfermedad mental. O sea, no le puedes exigir mucho, si ves que no va bien, como antes te decía, dar media vuelta e irte, por ejemplo, en un Alzheimer, no puedes intentar hacerlo razonar, es una tontería, para qué, donde se le meta algo allá en la cabeza, pues, bueno, decir «sí» e irte o estar allí con ella es una tontería (barcelonesa, 52 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 16).

Las competencias interpersonales

Tal como sostiene Daune-Richard (1995), los empleos en el sector de servicios, al estar centrados en lo relacional, requieren competencias interpersonales. Estas características suelen ser contrapuestas a los empleos en el sector industrial regidos por la lógica de la racionalidad y las competencias técnicas asociadas.

En el modelo industrial, que es el predominante en la actualidad, el dominio de una técnica y, por tanto, la eficacia del trabajador/a es por lo general susceptible de ser evaluado a partir de las cantidades producidas y de la presencia/ausencia de defectos en el producto, mientras que en el sector de servicios en su calidad y la productividad de los trabajadores/as intervienen capacidades o competencias interpersonales ligadas a la relaciones humanas, de cuidado, comunicación, diplomacia, que son más difíciles de objetivar y, por tanto, de evaluar.

Respecto a los empleos asociados a los servicios de cuidado, Waereness (1984) sostiene que existe una «racionalidad del cuidado» y de cualidades o competencias

específicas requeridas para llevarlo a cabo, la cuales son concebidas como características o propiedades naturales de las mujeres.

Distintos autores (Cancian y Oliker, 2000; Waerness, 1984, y Hochschild, 1983) comparten la idea de que existe una creencia generalizada de que el cuidado es parte de la configuración biológica de las mujeres y que es un rasgo fundamental de su personalidad ligado a su rol biológico reproductivo. Ello conduce a invisibilizar (Davies, 1995) las competencias específicas (*skills*) involucradas en los trabajos remunerados de cuidados. Cameron y Moss (2007) sostienen que existe una serie de competencias específicas requeridas para quienes se desempeñan en trabajos remunerados de cuidado: competencias comunicativas, el criterio para juzgar contextualizado, la capacidad analítica y reflexiva, el entendimiento y valoración del proceso de aprendizaje a lo largo de la vida, la capacidad de empatía, de separar lo profesional de lo personal, las competencias para el trabajo en equipo y con otros profesionales, así como los conocimientos profesionales (psicología, técnicas de movilización, etc.). Sin embargo, más allá de enumerar de forma taxativa las competencias vinculadas a los trabajos de cuidado, dichos autores no analizan en qué consiste y qué implica cada una de ellas.

A continuación se examinan las competencias interpersonales identificadas por las trabajadoras como aquellas más relevantes y requeridas para el desempeño laboral en el puesto de trabajo de cuidados en domicilio en ambos casos estudiados. Se analizan, por un lado, actitudes como la predisposición a estar al servicio del otro y la integridad ética ligadas a la formación de creencias y valores de las trabajadoras y concebidas como prerrequisitos para acceder y permanecer en el puesto trabajo y, por el otro, el conjunto de competencias interpersonales necesarias para el desempeño laboral y la provisión de cuidados, adquiridas por las trabajadoras a través de distintas vías. Dichas competencias son la capacidad para empatizar, observar, estar en estado de alerta constante, comunicarse, establecer límites, tomar decisiones y resolver problemas.

La predisposición hacia el cuidado y la integridad ética

De acuerdo con Hochschild (1998), el cuidado provisto se sustenta en un vínculo emocional entre quien cuida y quien es cuidado, que hace sentir a la persona a cargo del cuidado la responsabilidad por el bienestar físico y emocional de la persona cuidada. La predisposición a estar al servicio de las personas puede ser concebida como una motivación altruista (England, 2005) que orienta a las trabajadoras a acceder y sobre todo permanecer en un trabajo que implica hacerse cargo del cuidado de los usuarios del servicio en ambos casos estudiados.

La ayuda provista a la persona usuaria del servicio es concebida como una recompensa intrínseca del trabajo realizado por gran parte de las trabajadoras entrevistadas.

La inclinación hacia el cuidado del otro es una condición o un prerrequisito imprescindible no solo para acceder a este puesto de trabajo, sino para permanecer en el empleo. En gran medida esta inclinación es el sustrato de fondo para poder ser capaces o no de movilizar las competencias interpersonales requeridas durante el ejercicio laboral en el puesto de trabajo. Dicha inclinación no solo está ligada a que a las trabajadoras les agrade el contacto con las personas, sino que además puedan ponerse a su servicio y su cuidado, brindado el soporte necesario para la cobertura de sus necesidades y la resolución de sus múltiples problemas de manera cotidiana.

Gran parte de las trabajadoras entrevistadas —de ambos contextos— considera que la predisposición a cuidar a las personas, y en especial a aquellas adultas y adultas mayores en situación de vulnerabilidad ante la pérdida de autonomía, es imprescindible a la hora llevar a cabo el trabajo de cuidado en domicilio. Suelen considerar que sin la predisposición o inclinación a cuidar y ayudar al otro, es prácticamente imposible realizar y permanecer en el trabajo. El siguiente relato lo expresa así:

Este trabajo requiere mucha paciencia y te tiene que gustar realmente para hacerlo, porque si no te gusta es complicado. Si te gusta, te sientes bien con lo que haces y creo que dejas contenta a la persona. Creo que la paciencia, el cariño, el que tú les muestres afecto, es bastante importante. Y que te guste, porque si no te gusta pierdes el tiempo. Si te gusta la profesión la haces con cariño (barcelonesa, 36 años, nacionalidad española, auxiliar en geriatría, Ref. 20).

El siguiente fragmento de entrevista refleja la idea de que no solo es precisa la inclinación hacia el trato con personas, sino que se requiere una predisposición para asumir la responsabilidad de estar a cargo del cuidado de las personas atendidas durante el servicio. Tal como lo sostiene Folbre (1990), el trabajo de cuidado es un servicio basado en la interacción personal sostenida y está motivado por la preocupación por el bienestar del otro/a:

Y hay que tener compromiso y una responsabilidad. Hay que tener constancia para el trabajo y que te guste. Yo digo, yo hice muchas cosas que no, a mi guardia de seguridad no me gustaba ser, incluso llegue también a limpiar edificios, que tampoco me gustaba, ¿viste?, pero, bueno, iba. Estaba a las seis de la mañana, iba y ya está, hasta que después logré y entré en [indica nombre de la empresa] y dije «ahora me quedo» (montevideana, 47 años, nacionalidad uruguaya, enfermería incompleta, Ref. 27).

La predisposición hacia el cuidado de las personas suele expresarse como la «entrega» hacia el otro y es, en parte, reflejo del compromiso y la responsabilidad de estar a cargo del

cuidado de la persona atendida en el marco de la cual la ayuda provista, algo que actúa a su vez como recompensa intrínseca del trabajo. La ayuda brindada no solo es concebida como un aspecto gratificante del trabajo, sino que suele hacerlas sentir bien como seres humanos, como es posible observar en el siguiente relato:

El cariño, la entrega. Yo siempre lo he dicho. La trabajadora familiar es la entrega que das, tu entrega hacia el otro. Hace que te sientas bien y lo que recibes también. Una caricia, por ejemplo. Esas cosas son muy importantes porque le estás ayudando y no se puede explicar, no sé. Hay una recompensa afectiva, una recompensa que me hace muy bien, me hace sentir bien. Poder ayudar alguien me hace sentir mejor persona (barcelonesa, 33 años, nacionalidad española, trabajadora familiar y trabajadora social, Ref. 11).

Ayudar a las personas atendidas no solo es una recompensa intrínseca del trabajo, sino que además es lo que le otorga valor y relevancia a la labor llevada a cabo. El valor del trabajo suele tener que ver con su utilidad social, que en este caso está ligada a la contribución al bienestar de otro ser humano, como se desprende del siguiente fragmento de entrevista:

Sí, el trato con la gente y poder ayudar sobre todo y ver que es válido tu trabajo, que vale para algo. Hay veces que te frustra que vayas a lo mejor solo por una hora, pero bueno, seguramente en una hora tú les has adelantado lo que a ellos les llevaría cuatro horas hacer (barcelonesa, 34 años, nacionalidad española, asistente social y trabajadora familiar, Ref. 24).

En el siguiente relato se reafirma la idea del valor o la utilidad social del trabajo, al sentir que a través de este logra ayudar a las personas atendidas:

Ese sentir a veces que realmente ayudamos, que realmente vale la pena lo que haces porque son cosas pequeñas que quizás no tengan mucha importancia, pero que para ellos es escucharles o es acompañarles a dar un paseo, sentarte un banco y dejar que te cuenten, animarles a recordar (barcelonesa, 47 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 8).

Las trabajadoras suelen manifestar que es necesario que a las personas que se inclinan por este tipo de trabajo les guste cuidar a los adultos mayores, que son los que conforman el perfil más usual de personas atendidas en el marco del servicio, como se aprecia en el siguiente relato:

Se requiere que a la persona le gusten los adultos mayores. No es lo mismo que cuidar niños. O sea, por ejemplo, quizás una persona que cuide niños no pueda o le cueste mucho cuidar un adulto. Son distintos, muy distintos. No es un trabajo para cualquiera, no cualquiera puede llevarlo. A mí me gusta. A mí todo lo que es ayudar así, ayudar, dar lo mejor de vos con el otro, esa persona que está que no puede

(montevideana, 31 años, nacionalidad uruguaya, Escuela de Enfermería incompleta, Ref. 30).

Por otro lado, aquello denominado aquí «integridad ética» está ligado a la capacidad de respetar en primer lugar a las personas usuarias del servicio en tanto seres humanos en situación de vulnerabilidad y falta de autonomía y que dependen de la ayuda de un tercero para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana. Dicho respeto es imprescindible a la hora de asumir con responsabilidad y compromiso el trabajo de cuidados en domicilio. Forma parte de la integridad ética de las trabajadoras en tanto seres humanos, lo cual constituye un requisito imprescindible para proveer un trato respetuoso y amable a los usuarios del servicio evitando el abuso, la discriminación o el destrato de forma alguna hacia persona que se encuentran en situaciones de dependencia y vulnerabilidad.

Los abusos hacia las personas en situación de dependencia suelen ser comunes y más aun cuando estos se encuentran en la intimidad del domicilio en donde la condición suele ser de aislamiento respecto a otros seres humanos, a diferencia de lo que sucede cuando estas se encuentran institucionalizadas y la interacción es constante y con múltiples personas durante la provisión del servicio.

Evitar el abuso de las personas en situación de dependencia y vulnerabilidad tanto a nivel físico, emocional o psicológico, en el marco de los cuidados provistos en domicilio, requiere de la integridad ética de quienes lleven a cabo el trabajo de cuidados. Dicha integridad es una actitud que se deriva de los valores y creencias que las trabajadoras traen consigo y que son previos a ocupar este tipo de empleo. De ello da cuenta el siguiente relato proporcionado por una trabajadora barcelonesa:

Mucha paciencia y jamás descargar tus problemas en la persona indefensa. Esto es una cosa que siempre me ha asustado. Tú puedes tener los problemas que quieras pero esa persona indefensa —sobre todo subrayo *indefensa*—, tú le podrías hacer lo que quisieras, lo que quisieras: destrozarla, pegarle, todo lo que quisieras porque tuvieras tu mal rollo. Son personas indefensas (barcelonesa, 43 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 5).

La necesidad de que quienes se desempeñan en este empleo tengan para con los y las usuarios/as del servicio un tratamiento digno y respetuoso, marco a partir del cual se evite tomarse atribuciones que no les competen, respetando su rol y los márgenes de actuación acordes a ese rol, es un aspecto esencial e ideal asociado a la forma de ser de quienes acceden y se mantienen en este tipo de empleo, como lo expresa una trabajadora montevideana:

Tenés que tener mucho cuidado y ética, porque hay cosas que a veces hacen, como sentarse en la cama. No tomarse atribuciones que no deben, saber que es el acompañante, tener bien clarito lo que debes y lo que no debes hacer. Ojo, hablarle con mucha psicología, ¿no? Que llame para acá, pero con mucha psicología lo hacés

entender, que no, que yo no debo barrer (montevideana, 50 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 42).

El respeto de las trabajadoras hacia las personas atendidas es fundamental en el marco del cuidado provisto en este tipo de empleo, lo que se refleja en lo manifestado por una trabajadora montevideana:

Tenés que ser muy respetuoso también. Estar en todos esos pequeños detalles y saber, o sea, lo mismo que quieres para ti. Cada acción que vas a hacer, cada forma de actuar con el otro tiene que ser exactamente lo mismo que te gustaría que actuaran contigo (montevideana, 50 años, uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 33).

La capacidad de empatizar con el otro/a

La capacidad de empatizar está ligada a la aptitud para ponerse en el lugar de la otra persona, algo imprescindible para comprender el sentir y las formas de pensar de los usuarios, identificar sus necesidades y problemáticas con el propósito de proveerles la ayuda y el soporte que estos requieren. El siguiente relato aportado por una trabajadora barcelonesa hace énfasis en la necesidad de establecer empatía con los usuarios del servicio, de ponerse en su lugar, para comprender cómo piensan y sienten y cuáles son sus necesidades. A ello hace referencia el siguiente fragmento de entrevista realizado a una trabajadora de Barcelona:

Hay que tener mucha paciencia, hay que ponerse mucho en el rango de ellos, lo mismo que están encamados, que tienen una embolia, que pasan dificultades económicas. Que hay que ser muy respetuosas cuando se entra a una casa, pedir permiso para todo (barcelonesa, 48 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 14).

En la medida en que la atención provista por las trabajadoras se lleva cabo en el domicilio de los usuarios, es preciso que se adapten a sus hábitos y costumbres, para lo cual deben contar con cierta flexibilidad y capacidad de adaptarse a las formas de ser y hacer de los usuarios/as. Ello supone que muchas veces amolden o transformen sus propias formas de ser y hacer a las de aquellos, como se expresa en el siguiente fragmento de entrevista provisto por una trabajadora en el caso barcelonés:

Sobre todo tener mucha empatía. Ser una persona con empatía, saber conectar con la gente. No es fácil entrar en un domicilio, según qué tipo de personas, se sienten invadidas. Sobre todo para mí eso, tener mucho respeto, ser una persona respetuosa con las personas y tener muy claro que tú entras en un domicilio que ahí hay unas costumbres, una forma de actuar y tú, de alguna manera, pues debes

amoldarte (barcelonesa, 34, nacionalidad española, auxiliar de enfermería y trabajadora familiar, Ref. 17).

La capacidad de empatizar también está ligada a la aptitud para amoldarse a las formas de ser y hacer de los usuarios del servicio, en la medida en que es necesaria para poder proveer la ayuda o el soporte requeridos, como se refleja en lo expresado por una trabajadora montevideana en el siguiente relato:

Tenés que tener la capacidad de que mi paciente se sienta bien contigo, no puedo hablarle ni sobre la enfermedad de él, ni sobre problemas políticos, ni sobre... que sea lo más *light* posible y cuando ese paciente se deprime, encontrar ahí ese lugarcito para levantarle el ánimo y que no se deprima. Tenés que decir «bueno, yo soy la que me tengo que adaptar a los gustos de mi paciente», o sea que tiene que ser una persona muy flexible (montevideana, 54 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 33).

La capacidad de ponerse en el lugar del otro permite a las trabajadoras saber cómo tratarlo o abordarlo en función de su situación y problemática, respetando su sentir y su carácter. Ello es necesario para proveer el soporte específico que cada usuario/a requiere. Así lo expresa una trabajadora barcelonesa:

Saber cómo abordar a las personas, de hasta dónde puedes llegar, cómo tienes que llegarles, de lo que puedes decir y lo que no puedes decir. No puedes llegar a un domicilio y decirle «venga, ánimo, que esto no puede ser», que es la manera normal cuando tú estás haciendo este trabajo, de llegar a un sitio y «venga, vamos». No a ver, no se puede llegar. Hay que ir de otra manera, a lo mejor de una manera más sutil (barcelonesa, 55 años, nacionalidad española y trabajadora familiar, Ref. 23).

En esta misma línea, una trabajadora montevideana manifiesta que el respeto y el buen trato hacia las personas atendidas, ligados a la capacidad para empatizar y ponerse en el lugar del otro son aspectos imprescindibles para poder llevar adelante el servicio en domicilio: «Tenés que ser primeramente ser amable con la persona, una persona que no está acostumbrada, porque es más que un servicio. Yo he visto acompañantes —y de mi empresa— que tratan muy mal a las personas» (montevideana, 32 años, nacionalidad uruguaya, Escuela de Enfermería incompleta, Ref. 37).

La capacidad de empatizar implica también respetar no solo las formas de ser y hacer de los usuarios atendidos, sino tener especial respeto por la intimidad de sus cuerpos, como se refleja en el siguiente fragmento de entrevista aportada por una trabajadora en el caso barcelonés:

Hay muchas personas que no quieren que tú las duches, solo vigilarlas. Yo a una de ellas la vigilo que no se caiga, porque no tiene adaptado su baño y puede caerse,

entonces yo estoy vigilando pero no les gusta que tú toques su cuerpo, que trastoques su intimidad. Tienes que ser respetuosa de su intimidad (barcelonesa, 53 años, nacionalidad ecuatoriana, trabajadora familiar, Ref. 13).

La capacidad de observar y de estar en estado de alerta constante

Según gran parte de las trabajadoras entrevistadas, la observación es una actividad imprescindible para poder monitorear y hacer el seguimiento de la evolución del estado general (tanto a nivel físico como emocional) de las personas usuarias del servicio provisto en ambos casos analizados. La capacidad de observación constante y de estar atentas y alertas son herramientas fundamentales para proveer el cuidado necesario a las personas atendidas, tal como se observa en el siguiente fragmento de entrevista:

Tenés que tener ante todo mucha paciencia, muchísima paciencia y saber observar, estar atenta a su enfermedad, como que ellos saben lo que están haciendo y saben que no están bien, entonces uno tiene que estar ahí atento al cuidado y tampoco ser —¿cómo te puedo decir?—, como he visto, no ser un sargento, un sargento no cae bien en eso (montevideana, 54 años, nacionalidad uruguaya, auxiliar de enfermería y curso de acompañante de la empresa en la que se encuentra ocupada, Ref. 35).

La atención y la observación constante del usuario del servicio por parte de las trabajadoras son herramientas imprescindibles para poder establecer empatía, en tanto permiten comprender la situación de la persona atendida y la evolución de su estado de salud y de las problemáticas que padece.

Solo dicha observación y el estado de alerta y atención hacia los usuarios hace posible que las trabajadoras ayuden a resolver sus necesidades específicas en el marco de la provisión de la ayuda durante el servicio. De ello también da cuenta el siguiente relato: «Tenés que estar pendiente de la persona, si ves de repente que se está sintiendo mal y si no sabés nada, ni idea de que se está sintiendo mal...Por eso tiene que ser una persona como atenta, observadora» (montevideana, 46 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 44).

Las competencias comunicativas

Ponerse en el lugar de los y las usuarios/as del servicio, entender sus problemas y necesidades y ayudarles efectivamente requiere por parte de las trabajadoras de capacidades comunicativas.

Es necesaria la habilidad de escuchar aquello que las personas atendidas tienen para decir y expresar, a la hora de saber cuáles son sus necesidades, así como lograr ser respetuosas al ayudarlas y proveerles el soporte que requieren. La capacidad de escucha es una herramienta imprescindible para proveer el cuidado requerido por las personas atendidas, siendo muchas veces, la propia actividad de escucha, la necesidad específica que estas tienen.

El soporte a las personas usuarias del servicio por parte de las trabajadoras requiere no solo de la habilidad de escucha, sino que también de la capacidad de expresarse a nivel oral, de forma tal que diálogo y el intercambio con estas y los usuarios/as y o familiares sea habilitado y entablado en el marco de la provisión del servicio. Así lo señala una trabajadora:

Capacidad de escuchar porque les gusta hablar de su vida, les gusta contarte. Normalmente no te dejan hablar a ti, tú les dices un comentario y ellos están «bla bla bla», les dices otro comentario y ellos vuelven a soltar, ¿no? También capaz que da para hacer preguntas que provoquen la respuesta, o sea, «¿y usted, ese año...?». No sé, algo que ellos puedan soltar todo lo que tengan ganas de soltar pero haciendo una pregunta precisa (barcelonesa, 60 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 1).

La capacidad de escuchar aquello que los y las usuarios/as tienen para comunicar es a su vez una señal del interés y del compromiso que las trabajadoras tienen con estos/as y con su cuidado. Escucharlos da cuenta de que las trabajadoras están atentas a aquello que les sucede, lo cual se refleja en lo expresado por una trabajadora a continuación:

Tenés que demostrar que te importa lo que te dice, que te interesa esa persona, o sea, así sea una pavada lo que te esté diciendo para vos, para él es importante porque te lo está comunicando. Estar muy atento al otro, pendiente de lo que haga, de lo que diga, de todo, que te va a ayudar a vos si a que si pasa algo hoy o lo puedas resolver (montevideana, 31 años, nacionalidad uruguaya, enfermera, Ref. 30).

La capacidad para expresarse oralmente con claridad y en un lenguaje (tanto oral como gestual) que pueda ser comprendido forma parte de las habilidades comunicativas requeridas en el desempeño laboral. Esta es necesaria para lograr que entiendan lo que las trabajadoras están haciendo y cómo están ayudando. De ello da cuenta el siguiente fragmento de entrevista:

Muchas veces tenés que interpretar, saber interpretar al otro en lo que siente, por más que no te lo pueda decir. A veces no hablando, sino con los gestos que te pueda hacer, los movimientos. Si ves que una persona no puede hablar ofrecerle un lápiz y una hoja y que escriba lo que siente. Tenés millones de maneras de saber

lo que le pasa, tenés que estar atenta y saber cómo manejarlo (montevideana, 31 años, nacionalidad uruguaya, enfermera, Ref. 30).

La capacidad para establecer límites

La capacidad para establecer límites es una competencia que suele ser requerida debido a que comúnmente las personas usuarias del servicio o sus familiares —en ambos casos analizados— demandan a las trabajadoras realizar tareas que no se corresponden con su rol y perfil profesional.

Suele ser habitual y necesario que las trabajadoras establezcan con firmeza límites respecto a cuáles son sus márgenes de actuación en el marco de su rol laboral pautado en gran parte por las características del servicio provisto en cada caso (ver sección 1.3 del capítulo 1). En este sentido, es habitual que usuarios/as o sus familiares les soliciten a las trabajadoras la realización de tareas que, por lo general, domésticas (como por ejemplo la limpieza del hogar y de la vestimenta, etc.).

La capacidad para establecer límites es necesaria cuando los usuarios se extralimitan y las trabajadoras deben señalar respetuosamente los límites de su accionar profesional, algo que se refleja en el siguiente relato proporcionado por una trabajadora en el caso barcelonés:

A mí me han tocado usuarios que, bueno, que también a veces de las personas débiles que somos, a ver, que lo damos todo, pero también se quieren aprovechar. Entonces, ahí tienes que poner, educadamente, pero tienes que poner una barrera de decir «pues mire, señora, yo no vengo a fregarle», porque ya hay personas que son como muy dominantes, que ellas han sido así toda la vida. Entonces hay muchos abuelitos que no saben lo que es una trabajadora familiar (barcelonesa, 60 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref.1).

«Saber poner límites», es una competencia específica del trabajo de cuidados en domicilio, como señala la siguiente trabajadora:

Mira, el otro día, una señora coge el trapo y limpia la nevera. Digo «por favor, faltaría más. Coge tú otro y te ayudo a limpiarla, la limpiamos entre las dos». Es marcar límites y que esa persona no se dé cuenta que te puede comer, que te pueden manipular, lo tienes claro. Y si les dices una vez que sí o dos veces que sí, el día que les digas que no, ese día vas mal. Es una de las características creo que se ha de tener. Saber poner límites sobre todo (barcelonesa, 34 años, nacionalidad española, trabajadora familiar y auxiliar de enfermería, Ref. 17).

Una trabajadora montevideana manifiesta que es un trabajo en el que poner límites respecto al rol de la trabajadora, en este caso de la «acompañante», es fundamental: «Es necesario establecer límites, por ejemplo, qué hacés en el caso de un paciente que te pide una

cosa que no corresponde, por ejemplo, que le laves la ropa, y de repente un poquito hasta ahí, claro, lavarle algo que ha ensuciado, sí» (montevideana, 51 años, nacionalidad uruguaya, con cursos de acompañantes de varias empresas del sector, Ref. 40).

La capacidad para establecer límites también es precisa ante reacciones irrespetuosas o violentas por parte de los usuarios hacia las trabajadoras, situaciones que suelen ser bastante frecuentes en ambos casos analizados, como es posible apreciar en el siguiente relato:

Si tú les hablas con dulzura y siempre el respeto que es muy importante. Tampoco permito que me lo falten a mí, si bien alguna vez puntual me lo han faltado, pero entonces ahí tienes que poner los puntos sobre las íes y muy claro y decirle «yo a usted no le falté el respeto y la trato con educación porque son los valores que yo tengo. Igual que yo la respeto usted me va a respetar a mí porque si no llamo a la coordinadora y se lo digo y yo ya no vengo más» (barcelonesa, 47 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 8).

La capacidad para tomar de decisiones y resolver problemas

La capacidad para resolver problemas implica saber identificarlos, priorizarlos y resolverlos y es importante para que las trabajadoras lleven a cabo su labor cotidiana.

En el domicilio de las personas atendidas suelen emerger distintos problemas (tanto asociados a la salud como al estado emocional de los usuarios o al de su entorno cercano o al hogar) de diversa gravedad y urgencia, muchos de los cuales suelen ser imprevisibles y requieren de la toma de decisiones orientadas a brindar soluciones o respuestas inmediatas por parte de las trabajadoras. Para ello es necesaria la capacidad de análisis del problema y la posterior toma de decisión sobre cómo solucionarlo o a quién acudir para ayudar a su resolución. Así lo refleja el siguiente fragmento de entrevista:

Tienes que saber resolver los problemas que se dan en el momento, porque es el momento, son cosas que son en el momento, no pueden ser para mañana. Saber dar órdenes y saber recibirlas, porque las personas recibimos órdenes y también nuestros enfermos, y tenemos que saber darlas (barcelonesa, 59 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 3).

La capacidad para resolver problemas y brindar la atención a los usuarios requiere de la toma de decisiones y de su ejecución posterior, tal como se afirma en el siguiente relato:

Pienso que primero que nada tiene que ser una persona con determinado poder de decisión, decisión tanto para decir «vamos a caminar, a tomar un poco de sol» o «no, ahora hay que acostarte», hay que recostarte, tomar la medicación, llamar a su hija porque está usted nerviosa, o lo que sea, digo, decisión para lo que sea

(montevideana, 38 años, nacionalidad uruguaya, curso de acompañante calificada de la empresa en la que se ocupa, Ref. 45).

Se requiere de la capacidad para priorizar los problemas que suelen ser múltiples y simultáneos de cara a brindar soporte efectivo a los usuarios/as en asuntos que cuya resolución es urgente y que debe estar centrada el bienestar de las personas atendidas en primer lugar, de acuerdo con lo expresado por una trabajadora a continuación:

Tienes que saber priorizar, estás priorizando en cada momento. Luego lo haces automáticamente, pero al principio tienes que valorar. Si estás en un domicilio que es un caos tienes que empezar a poner orden. Primero tienes que empezar por la persona y luego ya pondrás orden en el domicilio (barcelonesa, 46 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 4).

La capacidad para resolver problemas refleja que las trabajadoras pueden desenvolverse en el trabajo y ser efectivas a la hora de resolver problemas y atender a las necesidades de los usuarios del servicio, brindándoles el soporte que requieren. A ello hace referencia el siguiente fragmento de entrevista:

Es necesario ser una persona atenta y centrada porque vos como acompañante de una persona que está enferma se va a reclinar sobre vos, entonces vos tenés que demostrarle a ella que vos estás segura de lo que estás haciendo y te estás desarrollando. No le podés transmitir más nervios. Lo mismo cuando fallece, al familiar vos no podés ponerte a llorar junto con él. Tenés que estar íntegra, lo que requiere de una persona también muy centrada, porque son casos feos y pienso que no cualquiera lo hace (montevideana, 40 años, nacionalidad uruguaya, enfermería incompleta, Ref. 27).

3.5. Las formas de adquirir las competencias laborales de cuidado y el papel de la formación específica

Las competencias requeridas para el desempeño laboral de las trabajadoras en el puesto de trabajo son diversas, como se expresó en el análisis realizado en la sección anterior. Ahora bien, ¿cómo se adquieren las competencias específicas necesarias para desempeñarse en el puesto de trabajo? Tal como lo sostienen Planas y Sala (2008), los componentes que constituyen el acervo de competencias de las personas y que son necesarias para desempeñarse en un puesto de trabajo concreto son adquiridos por distintas vías, como la formación explícita y formal y la formación implícita derivada de la experiencia laboral y la experiencia vital. Sin embargo, según Sala (2004), los dos modos principales de

adquisición de competencias son la formación explícita (esencialmente inicial) y la formación implícita, que es adquirida mediante la experiencia profesional.

Por un lado, las competencias específicas necesarias para desempeñarse en el puesto de trabajo de cuidado en domicilio son aprehendidas, es decir que no son meras características de la composición genético-biológica de los y las trabajadores/as, sino que deben ser adquiridas por distintas vías, entre las que se destaca el importante papel de la formación específica en cuidados como fuente para su adquisición. Ello no implica que algunas de las competencias requeridas se adquieran a través de la experiencia laboral remunerada en cuidados, así como de la experiencia de cuidados a familiares o personas no familiares realizadas

Del conjunto de competencias técnicas antes analizado, la predisposición a ayudar a los otros y la integridad ética suelen ser actitudes adquiridas mediante la experiencia personal y el proceso de formación de creencias y valores de los individuos en tanto personas. Sin embargo, con relación a las competencias interpersonales, gran parte de las trabajadoras entrevistadas en ambos casos de estudio, manifiestan que la formación específica en cuidados podría brindarles más y mejores herramientas para realizar su trabajo y proveer una mejor cuidado y atención a las personas atendidas. Por otro lado, las competencias laborales denominadas técnicas difícilmente pueden ser adquiridas si no es a través de la formación específica en cuidados y de la experiencia laboral.

A continuación se analizan ambas formas de adquirir las competencias laborales a partir del análisis de las entrevistas realizadas a las trabajadoras. En primer lugar se analiza la experiencia previa en cuidados en el marco de una actividad no remunerada como remunerada, para luego analizar el papel que juega la formación específica en cuidados como fuentes de adquisición de las competencias laborales requeridas por quienes se ocupan en este puesto de trabajo.

La experiencia previa en cuidados no remunerada y remunerada

Por un lado, gran parte de las trabajadoras ha tenido experiencia previa de cuidado no remunerado tanto de familiares en situación de dependencia como a través de actividades voluntarias en organizaciones de la sociedad civil. A partir de estas experiencias suelen adquirirse o desarrollarse algunas de las competencias interpersonales y técnicas requeridas para el desempeño laboral.

Una alta proporción de las trabajadoras entrevistadas cuenta con experiencia previa de haber cuidado a familiares enfermos y, en menor proporción, experiencia como cuidadora voluntaria no remunerada. A título de ejemplo se presentan los relatos de dos trabajadoras de ambas ciudades. A continuación, una trabajadora barcelonesa cuenta cómo cuidó a su

abuela cuando esta tuvo hemiplejias y, a partir de allí, tomó conciencia de lo que implicaba el cuidado, forjando su inclinación hacia esta actividad:

Cuidé a mi abuela, la que te he dicho que vivió con nosotros. Mi abuela tuvo dos hemiplejías. Mi abuela estuvo en la cama cinco años y yo ayudaba a mi madre. Con las hemiplejías se quedó paralizada de un lado. Ahí yo empecé sí, a tener conciencia con lo del cuidado, porque me había gustado. Cuando tenía catorce años quería ser auxiliar de geriatría (barcelonesa, 43 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 6).

Por su parte, una trabajadora montevideana da cuenta de que la experiencia de cuidado de sus suegros así como su inclinación hacia el trato con adultos mayores previa la llevaron a intentar acceder a este tipo de empleo:

«Ahí está —me dijo—, ¿vos te animás a hacer el curso? Yo sé que a vos te gusta», porque también cuidé a mis suegros cuando estuvieron enfermos. Siempre me gustó el adulto mayor y, bueno, yo hago el curso, si veo que me toman, y a mí me gusta voy a seguir, es mi vocación (montevideana, 44 años, nacionalidad uruguaya, curso de acompañante de la empresa en la que se ocupa, Ref. 38).

La mayoría de las trabajadoras que ha tenido experiencia laboral previa de cuidados lo ha hecho atendiendo a adultos mayores en ambos casos. El relato de una trabajadora barcelonesa da cuenta de cómo fue expulsada de otro trabajo y que por ello empezó a trabajar cuidando ancianos de forma remunerada e informal (sin contrato de trabajo), experiencia a partir de la cual tomó conciencia de que el trabajo de cuidados de personas dependientes le gustaba y de que tenía facilidad para hacerlo:

Bueno, cuando terminé de trabajar en la empresa esta de la fábrica, yo estaba cobrando el paro, entonces una hermana que tengo yo aquí el marido estuvo trabajando para una empresa pero en negro de servicio también a domicilio, que hace cuidado de anciano pero es en negro. Entonces yo dije «para aumentar un poco el paro, pues, haré unas horas en negro mientras voy a hacer el curso», y esto, y comencé trabajando con abuelos pero cobrando en negro. Y ahí comencé a hacer horas con estos y sí me gustaba estar con los abuelos. Vi que tenía facilidad para tratar con ellos, no soy de las personas que le dan asco las cacas por decirte o limpiarlos y esto (barcelonesa, 45 años, nacionalidad peruana, auxiliar de geriatría, Ref. 2).

Otra de las experiencias previas más comunes de cuidado remunerado es la del cuidado de ancianos en residencias para adultos mayores, como señala una trabajadora en el siguiente fragmento de entrevista:

Trabajé también en geriátricos mucho tiempo. Trabajé hasta con cama, ¿viste? Cuando después me separé, cuando los niños eran más grandes, trabajé cuidando

personas. Por ejemplo, uno tenía esclerosis múltiple, la otra señora tenía prótesis de cadera y todas esas cosas, pero trabajaba en lo de una familia, trabajaba para la familia con cama en ese lugar (montevideana, 51 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 32).

Entre las competencias interpersonales descritas y analizadas en la sección anterior — la capacidad de empatizar, de comunicar, observar, estar atentas, establecer límites y resolver problemas— y requeridas por quienes se ocupan en este empleo, si bien pueden apprehendidas o mejoradas mediante la formación específica, es la experiencia laboral en el puesto de trabajo lo que permite su puesta en práctica.

Las formas de adquirir y desarrollar las estrategias de autocuidado

La experiencia laboral y personal de las trabajadoras se torna imprescindible para el desarrollo de las estrategias de autocuidado emocional necesarias para evitar los riesgos laborales asociados a la sobrecarga emocional vinculada al ejercicio laboral en el puesto de trabajo. A modo de ejemplo, los dos siguientes relatos aportados por trabajadoras en ambos casos de estudio dan cuenta de la necesidad de aprender a través de la experiencia laboral a desarrollar estrategias de autocuidado emocional.

Una trabajadora barcelonesa expresa que ha aprendido a través de la experiencia a poner límites y a evitar el agobio asociado a la carga emocional del trabajo:

He espabilado o he puesto límites, o no sé, porque a veces, ya hace tiempo, ya tiempo largo que, digo, ahora tengo mejor servicio pero quizás hoy yo también, que yo lo asumo de otra manera, no me dejo cosas por hacer, no porque, pero no lo sé. Me implico igual pero que no me veo tan agobiada. He aprendido a lidiar con el agobio (barcelonesa, 58 años, española, auxiliar de geriatría, Ref, 10).

A continuación se analiza de manera específica el papel que juega la formación en cuidados (tanto reglada como no reglada, oficialmente acreditada como no acreditada) como fuente de adquisición de las competencias laborales requeridas en el marco del desempeño laboral de acuerdo a las trabajadoras en ambas ciudades estudiadas.

El papel de la formación específica en cuidados como fuente de adquisición de las competencias técnicas

Más allá de la importancia de la adquisición de competencias específicas a través de la experiencia laboral, la formación específica es concebida como una herramienta insustituible para el desarrollo de las competencias técnicas necesarias para el desempeño laboral.

La formación posibilita que las trabajadoras adquieran los conocimientos relativos a las técnicas (movilización, higiene) imprescindibles para prevenir a nivel individual algunos de los riesgos laborales asociados a la carga física del trabajo así como también evitar que ocurran accidentes mientras llevan a cabo las tareas de asistencia a las persona usuarias del servicio en ambos casos estudiados.

Los conocimientos sobre enfermedades y patologías requeridos para atender a quienes las padecen son necesarios para identificar sus necesidades y problemáticas, así como brindar la ayuda precisa en su justo momento, a la par que evitar que ocurran accidentes o complicaciones.

Dichos conocimientos también permiten que las trabajadoras eviten los variados riesgos laborales asociado al puesto de trabajo, tales como el contagio de enfermedades que puedan tener los usuarios, así como comprender sus reacciones en función de las enfermedades y patologías concretas y tomar las precauciones necesarias para evitar daños respecto a la integridad física tanto de estas como de los propios usuarios.

Tanto las técnicas específicas como los conocimientos sobre enfermedades y patologías difícilmente puedan ser adquiridas si no es a través de una formación específica inicial que las prepare para poder desempeñarse en el trabajo. El relato aportado por una trabajadora montevideana lo refleja:

Tenés que tener la formación, digo, saber movilizar. Porque digo, si no te terminás lastimando y hay maniobras básicas, que yo veo que por ejemplo no conocés. Cuando viene un hemipléjico, el que tiene un brazo pléjico, siempre lo tenés que vestir por el lado pléjico y desvestir por el lado sano. Hay maniobras y te complicás mucho menos, si no andas cinchando porque él se pone nervioso, te ponés nerviosa vos. Hay así cosas como muy «abecé», hay que entrenar a la persona (montevideana, 38 años, nacionalidad uruguaya, curso de acompañante de la empresa en la que se ocupa, Ref. 45).

Asimismo, una trabajadora barcelonesa expresa que la formación inicial específica en enfermedades y patologías es vital para poder llevar adelante el servicio a los usuarios atendidos y sostiene que la formación debería ser permanente:

Hay que formarse para poder dar un buen servicio. Es bueno seguir formándose siempre, hacer cursos de formación continua para no quedarte. Siempre hay cosas que aprender, entonces es bueno seguir y para nosotras también, porque a veces vamos creando malos hábitos a la hora de trabajar, por ejemplo, en las movilizaciones. A lo mejor por darte prisa te colocas mal. Es bueno que de vez en cuando volvamos a aprender, a reaprender cosas que igual se nos van olvidando (barcelonesa, 47 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 8).

Como expresa una trabajadora barcelonesa, muchas veces las trabajadoras no cuentan con la formación específica inicial necesaria para poder ejecutar adecuadamente el trabajo. Por ello, la formación específica aporta los conocimientos sobre enfermedades y patologías, así como de técnicas como las de movilización de los usuarios y de higiene postural, imprescindibles para cuidar su propio cuerpo y evitar los riesgos laborales asociados al trabajo: «Es importante saber lo que realmente tiene la persona o saber unas letras en un informe médico en el que te pongan una ACV. ¿Qué es un ACV³⁷? En realidad la gente no está lo suficientemente preparada para esto» (barcelonesa, 59 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 3).

Una trabajadora montevideana también afirma que la preparación mínima necesaria para desempeñarse en el trabajo implica tener conocimientos sobre enfermedades y patologías que se adquieren a través de la formación específica en cuidados. Sin embargo, considera que se requiere mayor formación y actualización a través de cursos permanentes para estar mejor preparada para desempeñarse laboralmente:

Pienso que cuanto más preparadas estemos, mejor. Sí, porque si es un infectocontagioso tenés que saber todo, cómo manejarte. Por suerte tenemos el curso, que el curso te ayuda muchísimo. Por eso te digo, me hubiera gustado cada tanto tener charlas sobre determinadas enfermedades, cómo manejarlas. Ahora que está el tema este de la gripe A también... Cosas, ¿viste? Es algo como miedo a lo desconocido. Hay que tener mucha información (montevideana, 47 años, nacionalidad uruguaya, Escuela de Enfermería incompleta, Ref. 27).

En esta misma línea, una trabajadora barcelonesa sostiene que la formación inicial o de base en cuidados es insuficiente para poder hacer frente a las exigencias, la alta responsabilidad y el grado de experticia requeridos en el puesto de trabajo. Por ello señala que tendrían que tener más formación de la que tienen:

Tendríamos que tener más preparación. Incluso cogen a gente que no tiene ni cinco meses de preparación, que no es nada. Si que llegas a un domicilio con una bipolaridad, con un señor que está mal, tenés que tener un poquito de preparación de algo, un poquito de psicología, un poquito de todo (barcelonesa, 38 años, nacionalidad española, auxiliar de geriatría, Ref. 20).

Según el relato proporcionado por otra trabajadora barcelonesa, el grado de experticia requerido para el puesto de trabajo es alto y una adecuada formación específica en cuidados de base es la única alternativa para poder estar preparadas para afrontar de manera adecuada los cuidados necesarios para cada usuario/a, según su patología o enfermedad:

³⁷ Accidente cerebrovascular.

Es un trabajo que requiere cualificación. A ver, no puedes poner de la noche a la mañana a alguien a hacer esto. Sí, lo puede hacer, pero lo haría mal. No es un trabajo que lo pueda hacer cualquier persona sin formación. Te tienes que formar, y saber cuando entras a un domicilio cómo tienes que entrar. Tienes que prepararte y no dejar de prepararte, y saber cómo tienes que tratar una demencia, cómo tienes que tratar un Parkinson, cómo tienes que tratar cualquier otra enfermedad de la cabeza. Tienes que saber en cada momento cómo tienes que actuar (barcelonesa, 55 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 22).

Otra trabajadora también barcelonesa manifiesta que la formación específica en cuidados de base es imprescindible para adquirir los conocimientos que permiten hacer bien el trabajo, así como también la formación permanente en el puesto de trabajo es importante para poder brindar un soporte adecuado a los usuarios atendidos:

Lo primero que tiene que tener el perfil el trabajador familiar es formación, no puede cualquier persona hacer este trabajo porque no lo haría bien. Tiene que tener conocimientos a nivel de técnicas, de enfermedades, tratar a los usuarios primero como personas, luego saber que la atención tiene que ser personalizada e individualizada. No podemos tratar a todos por igual porque cada uno tiene sus problemas, tiene sus necesidades (barcelonesa, 53 años, nacionalidad ecuatoriana, trabajadora familiar, Ref. 13).

La necesidad de mayor y mejor formación específica en cuidados de base suele ser manifestada por gran parte de las trabajadoras montevideanas. Esto se refleja en el siguiente fragmento de entrevista:

Yo creo que deberíamos saber algo más de enfermería, aunque no sea nuestra labor, pero que sí estemos un poco más preparadas cuando vemos algo, saber un poco cuando vemos algo, decir lo que estamos viendo. No basta solamente con saber moverlo, si no que, cuando estamos viendo algo, decir «¿qué está tomando? Pues esto podría ser de esto». Antes de decir algo deberíamos tener una preparación, tener esos conocimientos de muchas cosas más (montevideana, 51 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 32).

Como señala una trabajadora barcelonesa, la formación específica debería incluir conocimientos sobre técnicas y enfermedades y patologías, y también conocimientos sobre psicología orientados a mejorar las competencias interpersonales como la capacidad de establecer empatía o de establecer límites, entre otras, para poder estar mejor preparadas para llevar a cabo el trabajo de cuidado:

Una buena formación debería ayudarnos a las profesionales que nos dedicamos a esto con otro tipo de artes que no son solo técnicas. Por ejemplo, las relaciones de ayuda, hacer cosas así para saber cómo tienes que ayudar a una persona, qué es lo

que necesitas para que puedas desarrollarte profesionalmente o, por ejemplo, ayudarnos a entender, pues esto que las personas mayores están en el final de su vida. A veces decimos «es que hay muchos con muy mala hostia», pues claro, ¡si es que le queda nada para morirse, cómo no van a estar cabreados la mayoría! (barcelonesa, 47 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 8).

En síntesis, sobre la base del análisis de los relatos aportados por las trabajadoras en ambos casos de estudio es posible sostener que la formación específica en cuidados constituye la modalidad prioritaria a través de la cual son adquiridas las competencias de carácter específico en sus distintas modalidades.

Las trabajadoras, en ambos casos, consideran que una amplia formación específica en cuidados de base es imprescindible para poder trabajar en el domicilio y brindar efectivamente el cuidado, la ayuda y soporte necesaria a las personas usuarias del servicio y contar con más y mejores herramientas para prevenir los riesgos laborales asociados al puesto de trabajo.

Dicha formación de base debería incluir conocimientos sobre patologías y enfermedades (físicas y mentales), técnicas específicas de movilización, higiene, alimentación, etc., así como saberes para el desarrollo y el mejoramiento de las competencias interpersonales que les permitan llevar a cabo un trabajo adecuado, evitando los riesgos laborales, así como la provisión de una atención de calidad a los usuarios atendidos.

Más allá de que la formación inicial exigida para el acceso al puesto de trabajo sea diferente en ambos casos, las trabajadoras manifiestan que no solo es necesaria una amplia formación de base, sino que es vital la formación permanente en el empleo para poder actualizarse y estar mejor preparadas para afrontar los requerimientos técnicos asociados a este tipo de empleo y, de esta forma, poder ejecutar adecuadamente el servicio de atención o acompañamiento en domicilio.

3.6. Los mecanismos de desvalorización del trabajo femenino y su incidencia en la valoración de la cualificación asociada al empleo de cuidados en domicilio

El análisis que se presenta en esta sección parte del supuesto de que la producción y reproducción de la desvalorización del trabajo de cuidado típicamente femenino está detrás de la invisibilización de los requerimientos técnicos asociados al trabajo remunerado de

cuidados en domicilio, tales como sus grados responsabilidad, autonomía, competencias laborales específicas, así como riesgos laborales anteriormente analizados, lo cual explica en parte, el desajuste entre estos y la valoración social de la cualificación asociada al puesto de trabajo.

La sección está orientada a examinar algunos de los mecanismos que operan en torno a la producción y reproducción de la desvalorización del trabajo femenino y del trabajo de cuidados en domicilio en tanto actividad típica y tradicionalmente femenina en el marco de la prestación del servicio de atención y acompañamiento estudiados.

Estos mecanismos afectan, en primer lugar, a las personas que se ocupan en este puesto de trabajo, desvalorizando el trabajo que llevan a cabo y, por ende, a estas en tanto trabajadoras, así como muchas veces a estas como personas. Asimismo, dichos mecanismos reflejan y a la vez, producen y reproducen la invisibilización de los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo, lo que explica, en parte, el desajuste entre la estos y la valoración social de la cualificación asociada a este trabajo.

Se identifican y analizan dos grandes tipos de mecanismos de desvalorización del trabajo de cuidado en domicilio que operan de manera similar, aunque con ciertos matices en ambas ciudades estudiadas, a partir del análisis de las experiencias y percepciones de quienes se ocupan en este tipo de empleo. Los dos tipos de mecanismos de desvalorización del trabajo son, por un lado, los de carácter simbólico y subjetivo y, por el otro, los de naturaleza material y objetiva, es decir, aquellos que actúan a nivel de las condiciones materiales bajo las cuales el puesto de trabajo se enmarca.

Los mecanismos simbólicos de desvalorización del trabajo de cuidado

Los mecanismos simbólicos de desvalorización del trabajo de cuidado en domicilio están ligados a la percepción subjetiva de las trabajadoras respecto al trato recibido por parte de los y las usuarios/a del servicio o de su entorno cercano. Por ello, están asociados a los vínculos que se establecen entre las trabajadoras y las personas atendidas y su entorno.

Se distinguen dos tipos de mecanismos simbólicos y subjetivos de desvalorización del trabajo: por un lado, el mecanismo que opera mediante el trato descalificante o irrespetuoso de las personas usuarias del servicio o de su entorno cercano hacia las trabajadoras; por otro, el mecanismo que se traduce en demandas extralimitadas o que no se corresponden con el rol de las trabajadoras en el marco del servicio.

Con relación al primer tipo de mecanismo, gran parte de las trabajadoras —en ambos casos analizados, pero con más fuerza en el montevideano—, señalan que el trabajo que llevan a cabo en domicilio suele ir acompañando por el maltrato o la descalificación de los usuarios o de su entorno hacia sus personas. Las características de la propia enfermedad de

las personas atendidas, la naturaleza de su carácter o los rasgos de personalidad —sumados a que la actividad de cuidado es desarrollada en el espacio privado e íntimo del domicilio de los y las usuarios/as, donde se carece de la presión y del control social y público de los comportamientos—, son aspectos que favorecen la expresión de acciones discriminatorias, violentas o descalificadoras de los usuarios/as del servicio o de su entorno cercano hacia las trabajadoras. Asimismo, aspectos derivados de la naturaleza de modelo de atención público o privado y su incidencia en la organización del servicio en ambos contextos estudiados tienden a potenciar o minimizar la emergencia de mecanismos simbólicos de desvalorización del trabajo.

Los siguientes fragmentos de entrevistas reflejan el maltrato o la descalificación concebidos como mecanismos de desvalorización del trabajo de cuidado a los que las trabajadoras suelen verse sometidas por parte de las personas usuarias del servicio o su entorno cercano. Ello se observa en el relato presentado a continuación:

El trato de la gente a veces es complicado. Sí hay gente, por ejemplo, que no nos deja mover, que nos pide documentos o nos trata mal. La familia o la gente. Una señora a mí no me dirigía la palabra, me hablaban las hijas por ella. Ella jamás me dirigió la palabra, hablaba en tercera persona (montevideana, 41 años, nacionalidad uruguaya, auxiliar de enfermería, Ref. 31).

En el siguiente relato aportado por otra trabajadora montevideana es posible apreciar cómo afecta negativamente a una trabajadora el maltrato: «A veces la gente nos trata mal, a veces la gente nos trata con desprecio o te trata como si fueras menos y, bueno, eso también afecta» (montevideana, 39 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 34).

El relato presentado a continuación da cuenta de que estas situaciones de maltrato y falta de respeto de las personas usuarias del servicio hacia las trabajadoras también suceden en el caso barcelonés:

Me han tocado personas también con muy mal carácter y, bueno, y entonces sí que procuro tener educación y decirle «pues, mire, no. Esto no». A ver, yo a una abuelita de 85 años sola a mí no me importa lavarle cuatro vasos ni dos platos, pero, claro, cuando ya se ponen estas personas que ya toda su vida han sido dominantes y por ahí también me he puesto sería (barcelonesa, 60 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 1).

Por otra parte, en el caso montevideano, las trabajadoras suelen vincularse habitualmente con los y las familiares y personas allegadas de los usuarios/as atendidos/as, mientras que en el caso barcelonés suelen ser más frecuentes los contactos e interacciones con sus vecinos/as o médicos/as. Sin embargo, el relacionamiento con los familiares de las personas atendidas es en ambos casos delicado, dada la complicada situación en la cual estas

se encuentran y las repercusiones diversas a nivel del entorno familiar. En este contexto, los familiares o las personas allegadas a los usuarios del servicio se encuentran frecuentemente afectados o sensibilizados a raíz de las problemáticas y complejas situaciones asociadas al estado de salud de estos. A ello hay que añadirle los propios problemas personales o psicológicos de los familiares o de las personas del entorno que rodean a las personas usuarias del servicio y la desvalorización de la figura del acompañante o trabajadora familiar, combinación que suele conducir a que las trabajadoras, sobre todo en el caso montevideano, se vean más expuestas a lidiar con reacciones agresivas, con el maltrato verbal o con descalificaciones provenientes de dicho entorno.

El siguiente extracto de entrevista remarca el delicado estado en el que se encuentra el entorno próximo de las personas atendidas en el marco del servicio:

Aunque a veces estés a punto de fallar porque te encuentras que a veces no es el enfermo, sino los familiares del enfermo o el entorno del enfermo que son cosas muy complicadas. Tocamos cosas muy finas, entonces hay que saber estar, porque el enfermo es un enfermo pero no es tu familiar (barcelonesa, 59 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 3)

En la misma línea, el relato que sigue da cuenta de lo difícil que se torna el trato o relacionamiento con los familiares de los usuarios, el cual puede llegar a ser aún más complicado que con los propios usuarios del servicio:

No es nada menor el trabajo. A veces tenés problemas, ¿no? Así como hay pacientes buenos hay pacientes malos o a veces las familias. Con las familias me han costado mucho, porque a veces tenés que luchar mucho. A veces lo más difícil es la familia, no el paciente (montevideana, 40 años, nacionalidad uruguaya, Escuela de Enfermería incompleta, Ref. 27).

De la misma manera, el extracto de entrevista que se presenta a continuación refleja que el entorno familiar de los usuarios atendidos suele tratarlas despectivamente, desvalorizándolas a nivel humano y como trabajadoras:

Las familias son difíciles, muchas veces quieren sobreproteger y se ponen muy densos, pesados se ponen. Que esto, que lo otro, una cosita chiquita, para acá, para allá. Que quieren que hagas las cosas bien, mil veces. Por más que lo hayas hecho y lo hayas hecho bien, te piden de vuelta. Es que hay familias complicadas del punto de vista, del destrato, como que sos un cero a la izquierda (montevideana, 35 años, nacionalidad uruguaya, estudios de Medicina incompletos, Ref. 39).

Estos aspectos se intensifican más aun en el caso montevideano, dado que las trabajadoras suelen estar al lado de los usuarios ocho o hasta doce horas consecutivas de servicio —porque el servicio es de corta duración pero intensivo respecto a la cantidad de

horas de acompañamiento, a raíz de que suelen ser casos de enfermedad o convalecencia que requieren compañía 24 horas diarias—. Por ello, se encuentran más expuestas a lo que ocurre en su vida privada y en sus entornos familiares que en el caso barcelonés. En esta línea, en el contexto del nerviosismo, la irritabilidad y los problemas asociados al entorno familiar de los usuarios, las trabajadoras tienden a ser involucradas por parte de los familiares en las discusiones, problemas y acontecimientos que ocurren durante el servicio que brinda. El siguiente relato refleja la desvalorización de la función de acompañante, materializado en la frecuente inclinación de los familiares a involucrar a las trabajadoras en los problemas del usuario/a y de su entorno próximo:

Hay personas que son exigentes y hay personas que están enfermas, están mal y en el entorno te involucran en cosas porque están aceleradas o muy nerviosas. Están irritados por el problema que tiene la persona, sea la mamá, el papá o el abuelo, la abuela. Tú los tenés que entender pero ellos no te entienden a ti, que tú más de eso no podés hacer y la palabra lo dice, somos acompañantes. Si hacés algo que no debés ya te están involucrando en que lo hiciste, que lo hiciste y te meten en un problema (montevideana, 56 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 43).

El siguiente relato describe la incomodidad y el enojo de una trabajadora montevideana al verse involucrada intencionalmente por los familiares de las personas atendidas en situaciones familiares conflictivas:

Lo que me molesta realmente es cuando la familia te quiere poner en el medio de alguna discusión. Porque ellos se peleen te quieren involucrar de alguna manera, ya sea porque te dicen «porque usted vio y no hizo nada», o te dicen «no, ¿pero vos escuchaste lo que me dijo?». Entonces siempre tratan de relacionarte o meterte en la discusión o de ponerte en algún toque de culpa como para librarse un poco y eso a mí no me gusta (montevideana, 48 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 47).

El segundo tipo de mecanismo de desvalorización del trabajo a nivel simbólico opera a través de la demanda de las personas usuarias del servicio o de su entorno familiar respecto a que las trabajadoras lleven a cabo tareas domésticas que no forman parte de su rol y función como trabajadora familiar o acompañante, como la limpieza del hogar, la vestimenta o la preparación de alimentos. Ello se refleja en el siguiente relato:

Te usan para lo que sea. Te usan para todo y se creen. Entonces, a lo mejor vas a un sitio y, sobre todo antes, el concepto de trabajadora familiar está muy equivocado, o sea no se tenía, se pensaban que íbamos a fregar, a limpiar y yo... No tiene nada que ver una cosa con la otra. Si yo voy a fregar y a limpiar voy a fregar y a limpiar,

pero hay dos trabajos distintos (barcelonesa, 46 años, nacionalidad española, auxiliar de geriatría, Ref. 9).

En el caso montevideano, la demanda de las personas usuarias del servicio hacia las trabajadoras respecto a que realicen tareas domésticas en el domicilio es frecuente:

Te piden de todo, eso sí, claro, porque se piensan que porque vos le pagás el servicio tenés que limpiarles la casa y te piden de que le cocines, ¿no? Hasta —no sé—, que les pasees el perro, que les cocines, que les vayas al supermercado y que les laves el piso, y que les lave el baño, que les sacuda los cuadros y todo y tenés que decirle que no. «No señora, no, yo no vine para eso, yo soy acompañante, no soy servicio doméstico». Ahí tenés que marcar claramente el límite (montevideana, 32 años, nacionalidad uruguaya, auxiliar de enfermería, Ref. 29).

La mayor frecuencia en la extralimitación de la demanda de tareas de las personas atendidas hacia las trabajadoras en el caso montevideano está ligada a la menor especificación del rol del acompañante y de la especificación de aquello que implica el propio servicio de compañía provisto por las empresas u OSC:

Llaman porque necesitan acompañante y en realidad vos te presentás y lo que necesitan es una empleada doméstica. Nada, les digo que no, que en realidad no es el fin, que no es para lo que yo estoy. Que les cocines algo, que les limpies el baño, por ejemplo. A mí una me dijo «mira, yo llamé porque necesito que me limpien los vidrios, me pasen la aspiradora», y les explico que no se cobra, que en realidad el servicio requiere otras cosas (montevideana, 32, nacionalidad uruguaya, Escuela de Enfermería, Ref. 30).

La mayor extralimitación de los usuarios/as en el caso montevideano, es el trasfondo del tipo de vínculo entre la trabajadora y el usuario/a en función de las características del servicio prestado. En este sentido, en Barcelona, el servicio es público y se inserta en una matriz de derechos sociales, donde tanto los derechos de las trabajadoras como de los usuarios/as en tanto ciudadanos/as adquieren mayor relevancia que en el caso montevideano. Por el contrario, en Montevideo el servicio no tiene carácter público sino privado y con fines de lucro y supone, por lo general que los clientes tienen gran importancia para las empresas que proveen el servicio, así como el derecho del consumidor suele primar por sobre el de las trabajadoras, así como también a raíz de que el contrato que se establece entre estos y los clientes especifica en menor medida las condiciones del servicio y el rol de las trabajadoras que lo ejecutan.

Por último, otro de los posibles aspectos ligados a las diferencias encontradas en ambos casos de estudio puede radicar en que en el caso montevideano en la naturaleza privada del servicio, en que las personas que suelen contratar el servicio tienden a tener un perfil socioeconómico medio y medio alto que suele distar del medio y bajo que habitualmente

tienen las trabajadoras ocupadas en la atención directa en el marco del servicio provisto. Por el contrario, en Barcelona, las diferencias relativas al nivel socioeconómico y cultural entre las personas usuarias y su entorno y las trabajadoras tienden a ser menos pronunciadas que en Montevideo. La mayor brecha entre los contextos socioculturales de las trabajadoras y los y las usuarios/a del servicio, así como el encuadre mercantil y clientelar del modelo de servicio en el caso montevideano, a diferencia del marco de derechos sociales que nutre al servicio en el modelo de atención barcelonés, potencia la emergencia de los mecanismos simbólicos de desvalorización del trabajo y de la figura profesional de las trabajadoras que se ocupan en el servicio en el caso montevideano.

Los mecanismos materiales de desvalorización del trabajo

Los mecanismos de desvalorización material del trabajo de cuidados en domicilio operan a nivel de las condiciones laborales asociadas al puesto de trabajo en ambos casos analizados. En concreto, se traducen en una baja remuneración, una modalidad de contrato laboral de tipo jornalero a la que suele asociarse la inestabilidad y precariedad laboral (Recio, 2014) y escasas o nulas oportunidades de promoción profesional. La baja remuneración refleja, especialmente, el desajuste entre los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo (alto grado de responsabilidad, autonomía, variados riesgos laborales a ser asumidos de manera fundamentalmente individual y competencias laborales específicas movilizadas) y la escasa valoración social asociada al trabajo de cuidados y la concepción generalizada respecto a su bajo nivel de cualificación. Dicha disonancia o desajuste no solo refleja sino que produce y reproduce la desvalorización del trabajo femenino en general y del trabajo de cuidados en tanto actividad paradigmática típica y tradicionalmente femenina.

A continuación se analiza cada uno de los mecanismos materiales de desvalorización del trabajo de cuidados en domicilio antes mencionados.

El salario: la baja remuneración

Si bien en ambas ciudades, el salario asociado al puesto de trabajo es percibido como bajo por las mayor parte de las trabajadoras entrevistadas en ambos casos estudiados. En el caso barcelonés la jornada laboral de cuarenta horas semanales no llega a un salario total de mil euros mensuales. Esto se relata en el siguiente fragmento de entrevista: «Si yo creo que es bajo, bajo y muy bajo pero, no llegamos, bueno somos «milleuristas», pero brutos para nosotros son 800, 900 según que mes 850 euros al mes y ya está, 37 horas de lunes a viernes» (barcelonesa, 43 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 5).

Asimismo, dicha remuneración no es suficiente para el mantenimiento de una familia con ese único sueldo ni alcanza siquiera para la manutención de una persona que viva sola, de acuerdo con el relato de las trabajadoras:

El salario es bajito. Pienso que es un salario muy pobre para vivir una persona sola. Si lo tiene una persona que es independiente y vive sola, no llegás. Quien no paga un alquiler, a lo mejor paga una comunidad de vecinos, paga la contribución, tus gastos, comida, tienes familia, un día quieres hacer un regalo, quieres salir un día. Es muy injusto (barcelonesa, 52 años, nacionalidad española, auxiliar de enfermería y de geriatría, Ref. 25).

Dada la baja remuneración, es habitual que las trabajadoras que no tienen otros ingresos que aporten a la manutención del hogar, tengan que buscar otro trabajo o extender su jornada laboral (algo que sucede frecuentemente en el caso montevideano), como se ve en el siguiente fragmento de entrevista:

Veo la dedicación que le pongo. Eso no está pagado ni con setecientos euros ni con ochocientos ni nada, pero, bueno, eso es lo que hay. Yo tengo un trabajo, claro. Yo no soy como otras compañeras que cuando salen de aquí se tienen que ir a trabajar a otros sitios para completar porque están separadas o porque yo que sé, son solteras. Yo no, yo he tenido una vida cómoda y la sigo teniendo, tengo a mi marido que gana bastante más que yo y no tengo necesidad de trabajar más (barcelonesa, 46 años, nacionalidad española, auxiliar de geriatría, Ref. 9).

En el caso montevideano, muchas trabajadoras en la situación antes descrita deben trabajar jornadas de doce horas para poder tener ingresos mayores o buscarse un segundo trabajo que les permita tener ingresos adicionales. Ello se ve agravado por la modalidad de contratación que suele ser jornalero como refleja en el siguiente relato:

Nosotros somos jornaleras. Si vos trabajas, ponele, ocho horas por día —en servicio de ocho horas por día—, de repente a fin de mes sacás un sueldito lindo, pero, por ejemplo, hoy hice un servicio de cuatro horas. Si fueran todos los días ocho horas, bien, pero a veces te dan servicios de seis, a veces te dan servicios de cuatro horas. Entonces, como que si no tenés una continuidad en las horas que hagas —siete, ocho horas por día—, como que no ves mucho los resultados en el sueldo (montevideana, 38 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 47).

La mayoría de las trabajadoras, en ambos casos analizados, considera que el sueldo que percibe no solo es «bajo» o escaso, sino que no se corresponde con el esfuerzo, la responsabilidad y los riesgos laborales asociados al puesto de trabajo.

El esfuerzo está vinculado por un lado a la necesidad de tener que trabajar extensas jornadas laborales o jornadas nocturnas un poco mejor remuneradas en el caso montevideano o ser multiempleadas, algo que se da en ambos casos.

El elevado esfuerzo y las exigencias asociadas al puesto de trabajo son producto también de los diversos riesgos ligados a él (riesgos de salud, de sobrecarga emocional, entre otros.), la gran responsabilidad que supone estar a cargo del bienestar y la salud de las personas atendidas que es asumida en soledad por las trabajadoras al ejecutar las tareas y gestionar los problemas cotidianos del trabajo en ambas ciudades analizadas.

Esta disonancia entre elevados esfuerzos y gran responsabilidad asociada al puesto de trabajo y el bajo salario percibido es concebida como una falta de valoración hacia el trabajo realizado, como lo explicita la siguiente trabajadora:

Es poco para lo que implica el trabajo, no solo por lo que implica el trabajo, sino que yo creo que no está valorado lo que el acompañante está haciendo. ¿Cómo te puedo explicar? Es una carga muy grande porque tenés el cuidado de la casa, como ya te expliqué antes, de la casa, de todo (montevideana, 32 años, nacionalidad uruguaya, Escuela de Enfermería, Ref. 37).

Más precisamente, el siguiente relato da cuenta de que el salario es percibido como bajo en función de las dificultades y los riesgos laborales asociados a la sobrecarga de trabajo físico asociada al cuidado en domicilio:

Pienso que debería ser un poco, yo pienso que no está bien pagado. Yo te digo, mis usuarios son fáciles pero los usuarios de otras chicas que tienen mucho más trabajo... O sea, yo no puedo hablar por mi caso porque yo, claro, voy, compro y esto, no hago mucha cosa, pero estoy cumpliendo un horario, estoy trabajando, pero mis compañeras, que tienen un trabajo más duro, su espalda está lastimada (barcelonesa, 45 años, nacionalidad peruana, auxiliar de geriatría, Ref. 2).

Por último, las trabajadoras suelen considerar que la disonancia entre la alta exigencia y los esfuerzos requeridos por quienes se ocupan en el puesto de trabajo y la baja remuneración también, son motivos por los cuales este tipo de trabajo resulta tan duro y no es tolerado por muchas trabajadoras que lo dejan ni bien pueden hacerlo. Ello puede apreciarse en el siguiente relato:

Me imagino que habrá mucha gente que le pasa igual, que se termina yendo. Pues la gente después se quema, porque es duro, ganas poco, porque te puede tocar una racha mala, que se te mueran dos o tres seguidos y pasarlo fatal y darte cuenta de que no tienes necesidad de eso (barcelonesa, 34 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 24).

La modalidad y el tipo de contratación laboral: incapacidad de previsión de ingresos mensuales y vulnerabilidad de los derechos laborales

En el caso barcelonés los contratos suelen ser de entre 33 y 37 horas mensuales como máximo.³⁸ Ello se debe a que las empresas u OSC que proveen el SAD en Barcelona deben ajustar la planificación de los servicios realizados por las trabajadoras a la de los servicios que efectivamente son brindados a los usuarios/as a raíz de las bajas y de los cambios en los servicios prestados, determinados por Servicios Sociales en acuerdo con sus usuarios/as.

La cantidad de horas de servicio establecidas por contrato entre las trabajadoras y las empresas u organizaciones de la sociedad civil que gestión la atención directa en el marco del SAD, no solo tienen que ver con la voluntad de trabajar de las trabajadoras, sino que están vinculados a la organización de los servicios por parte de las empresas u organizaciones sociales contratadas por el Ayuntamiento, de acuerdo a las pautas establecidas por este. Esto se puede ver reflejado en el siguiente relato:

Tengo de 33 horas, pero ahora mi coordinadora me está mirando para hacérmelo de 35 porque ya tengo. Lo que pasa es que no entran usuarios nuevos, pero sí que me la está mirando, porque le dije «me quiero jubilar». A ver, para jubilarme al menos que tenga una pensión digna, no? Pero, bueno, es difícil (barcelonesa, 60 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 1).

En el caso montevideano, la mayoría de las trabajadoras no suele tener un contrato fijo previo en el que se establezca la cantidad de horas mensuales a ser trabajadas, sino que suele tener un contrato de tipo jornalero. Es decir, perciben una remuneración en función de la totalidad de horas trabajadas mensualmente, lo cual depende no solo de su voluntad o disponibilidad de las trabajadoras para trabajar, sino de la demanda de servicios que tengan las empresas y la consecuente necesidad o no de contratar personal para cubrirla. Así, las empresas utilizan distintas categorías de contratos para las trabajadoras, más allá de que la mayoría son contratadas bajo la modalidad jornalera.

No obstante, algunas trabajadoras tienen un contrato en el que se asegura un sueldo fijo por un total de ocho horas diarias a condición de que no rechacen ningún servicio al que se las convoca, a condición de no rechazar ninguno de los servicios que la empresa requiera cubrir.

Tú con el sueldo de ocho horas no podés vivir, es imposible. Lo que la empresa me asegura ese sueldo por las ocho horas, siempre y cuando no rechace ningún servicio, porque ahí entran a descontarme. Eso no me da siquiera para pagar el

³⁸ Información aportada en las entrevistas entabladas con los responsables del área de recursos humanos de una de las empresas como organizaciones de la sociedad civil a cargo de la gestión del SAD en Barcelona.

alquiler directamente (montevideana, 50 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 33).

El trabajo de tipo jornalero da cuenta de condiciones precarias en la medida en que las trabajadoras no solo no cuentan con la estabilidad asociada a la planificación de gastos que permite un contrato con sueldo mensual fijo, sino que, y sobre todo, no cobran cuando por diversos motivos (enfermedad propia o de un familiar, etc.) no pueden llevar a cabo un servicio. Por ello, no cuentan con la amplitud de derechos laborales asociados a empleos y contratos laborales no jornaleros y es en este sentido que la modalidad de contrato no protege de manera acabada los derechos laborales de quienes se ocupan en este tipo de empleo.

En el caso barcelonés, si bien el contrato no es de tipo jornalero, las trabajadoras tampoco tienen derecho a cobrar el cien por ciento de su sueldo mensual en caso de ausentarse por motivos tales como enfermedad, dado que estas bajas se descuentan del salario mensual. De ello da cuenta el siguiente relato:

Que tú te hagas daño trabajando y no puedas cobrar el cien por cien de tu sueldo. Eso lo veo muy injusto, que tengas un accidente laboral y que te hagan un recorte de nómina que dices... Es que no nos podemos ni permitir estar enfermas, ni tener un accidente laboral, ni que me duelan las cervicales. No te puedes permitir nada, tienes que estar ahí al pie del cañón (barcelonesa, 42 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 18).

Las escasas posibilidades de promoción en el trabajo

Tanto en Barcelona como en Montevideo, las trabajadoras sostienen que en este tipo de trabajo no existen posibilidades de promoción y decrecimiento profesional, ya que en la estructura del servicio no existen puestos intermedios a los que se pueda acceder y ascender a nivel profesional.

La sensación de estancamiento profesional es bastante común entre las trabajadoras en ambas ciudades estudiadas, y suele ir acompañada de un sentimiento de frustración, sobre todo entre quienes cuentan con una larga trayectoria y experiencia laboral en su puesto de trabajo. En este marco, la inversión en formación adicional que cualquier trabajadora realice no es contemplado ni tenido en cuenta dado las nulas posibilidades de promocionar profesionalmente. Estas no solo no tienen la posibilidad de ascender a cargos de mayor jerarquía, ni de aumentar de su salario sino que, a lo sumo, en el caso barcelonés quienes están más formadas llevan adelante los servicios más complejos y usualmente más difíciles, dentro de la modalidad de atención socioeducativa. Ello se refleja en el siguiente fragmento de entrevista:

Ahora mismo, a una nena que tengo, de prácticas, de 24 años, yo le digo —porque a ella le gusta este tema— «piénsatelo bien, este es un trabajo que si no lo haces por...». Bueno, ella dice que sí, que le gusta, pero hay que pensarse muy bien en meterse en esto, porque además no hay perspectivas de que la cosa mejore (barcelonesa, 58 años, nacionalidad española, auxiliar de geriatría, Ref. 10).

En el relato presentado a continuación se refleja cómo la ausencia de posibilidades de promoción profesional suele ir acompañada de una sensación de frustración asociada al estancamiento a nivel laboral: «No quiero estar estancada, no quiero estancarme y, bueno, pues este trabajo tiene eso que me encanta, que me gusta, pero de aquí no sales, estás estancada siempre. Aquí no hay posibilidades de promoción, es triste pero es así» (barcelonesa, 33 años, nacionalidad española, auxiliar de enfermería y trabajadora familiar, Ref. 11).

La ausencia de puestos intermedios u opciones laborales que permitan el ascenso profesional constriñe fuertemente la voluntad de superación a nivel profesional y frustra a las trabajadoras comprometidas con su profesión en el marco del SAD barcelonés. De ello da cuenta el siguiente fragmento de entrevista:

Porque yo, por ejemplo, soy trabajadora social y no me van a promocionar y tampoco lo veo bien porque dime tú a mí quién conoce mejor el servicio de SAD que yo. No hay puestos intermedios, no hay coordinadoras. Pues, mira, igual estaría bien planteado que hubiera coordinadoras de equipo, que se crearan equipos. Es así, claro, no hay ninguna posibilidad de promoción. El que está aquí se jubilará aquí y ya está (barcelonesa, 34 años, nacionalidad española, trabajadora familiar, Ref. 24).

En el caso montevideano, el siguiente relato da cuenta de que tampoco existen posibilidades de promoción o ascenso laboral en el marco de la organización de los servicios:

Yo creo que todo ser humano tiene una aspiración de progresar, ¿no? Es natural, todo el mundo la tiene, así que si yo pudiera escalar posiciones, estaría encantada, si pudiera hacer mi trabajo, obvio. También es importante desempeñarse bien en lo que haces, ¿no? Y no que te den algo que te queda grande y que lo hacés mal (montevideana, 39 años, nacionalidad uruguaya, sin formación específica en cuidados, Ref. 34).

CAPÍTULO 4.

CONCLUSIONES

Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

4.1. Reflexiones finales

La presente investigación se centró en el estudio de la cualificación asociada al trabajo domiciliario y remunerado de cuidados desarrollado en el marco de la provisión de servicios de atención en domicilio, con el propósito de ampliar las bases empíricas y teóricas que permitieran conocer y comprender mejor en qué consiste, qué esfuerzos y habilidades requiere el trabajo de cuidados, así como sus condiciones laborales y la cualificación asociada al puesto de trabajo.

La investigación ha procurado elaborar un marco conceptual que ilumine el análisis de la evidencia empírica recogida mediante una estrategia de investigación de carácter cualitativo basada fundamentalmente en entrevistas semiestructuradas a trabajadoras ocupadas en este tipo de trabajo en los servicios de atención de carácter público en el caso barcelonés y privado en el montevideano.

El enfoque desarrollado a lo largo del capítulo teórico tomó en cuenta tres ejes de análisis, concebidos como imprescindibles para captar y abordar de manera integral el fenómeno estudiado: en primer lugar, la conceptualización sobre el trabajo remunerado de cuidados; en segundo lugar, la discusión sobre las políticas públicas de bienestar y la dimensión de género con énfasis en aquellas orientadas a la atención de las personas en situación de dependencia y los modelos de atención en domicilio, y, por último, el debate en torno a la definición y la categorización de la cualificación y las competencias laborales.

Con relación al primer eje temático, se ha buscado elaborar una definición del trabajo de cuidados que lo conciba como una actividad laboral de carácter remunerado, configurada sociopolítica, cultural e históricamente bajo el formato de empleo. Se entiende por empleo aquel trabajo caracterizado por un contrato laboral que regula, en parte, sus características y condiciones de trabajo (Martín y Kohler, 2006). El trabajo remunerado de cuidados en domicilio que se analiza es el enmarcado en contratos laborales donde los empleadores son

las organizaciones (con y sin fines de lucro) que prestan el servicio de atención (de naturaleza pública y privada) en ambas ciudades estudiadas. Asimismo, el servicio de atención en domicilio enmarca y encuadra institucional y organizativamente el trabajo efectivamente llevado a cabo por las cuidadoras remuneradas durante la provisión de la atención directa en domicilio en ambos casos. La diferencia más sustantiva entre ellos es la naturaleza pública en la ciudad de Barcelona y la privada en Montevideo. Esta diferente naturaleza define varios de los aspectos ligados a la regulación y contenido del trabajo efectivamente ejecutado por quienes se encuentran ocupados/as en este tipo de empleo, tal como fue analizado en la sección 3.1 del capítulo 3.

Cabe destacar que el servicio de atención y cuidados en domicilio constituye una de las prestaciones más utilizadas dentro del abanico de alternativas públicas de cuidados para las personas en situación de dependencia que viven en sus domicilios en el caso barcelonés (Alemany, 2003; Recio, 2014, Torns *et al.*, 2014). Asimismo, en el caso montevideano es uno de los servicios privados más utilizados por la población de adultos mayores (Batthyany, 2008).

Con relación al segundo eje de análisis teórico, la revisión de las perspectivas que incorporan la dimensión de género en su abordaje, permitieron examinar las características de la matriz de protección social que encuadran a los servicios de atención en ambas ciudades, así como los modelos de atención que de ella se derivan, fundamentalmente en la existencia o no de una política pública orientada específicamente a atender al fenómeno de la dependencia mediante prestaciones sociales (ya sea a través de subsidios monetarios y o servicios de cuidado). Ello permitió la caracterización y categorización de los modelos de atención a las personas dependientes en ambas ciudades, pero sobre todo de estos a nivel de los cuidados que se proveen mediante servicios en sus domicilios.

Respecto a la definición de la cualificación y su abordaje conceptual —el tercer eje—, se adoptó un enfoque que la concibe de manera integral, combinando elementos de diversas perspectivas (sustancialista, relativista y sexuada o generizada). Ello orientó el análisis de la evidencia empírica recabada, dando lugar a la elaboración de explicaciones más ajustadas sobre la cualificación asociada al tipo de trabajo remunerado estudiado, cómo se produce y reproduce su desvalorización social en tanto actividad típicamente femenina y cómo ello impacta en el trabajo remunerado de cuidados y en las trabajadoras que lo ejecutan cotidianamente.

Cabe recordar que la investigación se originó a partir de la hipótesis de la existencia de un desajuste entre la concepción de la descualificación asociada al trabajo remunerado de cuidados en tanto construcción social sesgada según género y el alto nivel de exigencias derivadas de los requerimientos técnicos del trabajo efectivamente realizado por quienes en el se ocupan. Por ello, el propósito de la investigación radicó en examinar la cualificación

mediante el análisis del contenido del trabajo efectivamente realizado, sus requerimientos técnicos y los mecanismos de desvalorización del trabajo que inciden en la invisibilización de sus exigencias o requerimientos técnicos.

El análisis del contenido del trabajo remunerado de cuidados efectivamente llevado a cabo y la cualificación asociada al puesto de trabajo fue realizado en función de dos de las dimensiones centrales que lo estructuran (James, 1992), así como sus características más distintivas entre las cuales se destaca la soledad de una actividad ejecutada en el espacio íntimo y privado de las personas usuarias del servicio.

Es a partir del análisis de dichas dimensiones y características del trabajo objeto de estudio que fueron examinadas las tareas concretas llevadas a cabo por las trabajadoras. Ello permitió valorar los requerimientos técnicos (Littler, 1982) ligados al puesto de trabajo, delimitados en torno a las siguientes dimensiones: los grados de responsabilidad, los grados de autonomía y los tipos de competencias laborales demandadas a nivel del desempeño laboral.

Más allá de las diferencias ligadas a la naturaleza de los modelos de atención público y privado en ambos casos de estudio, una de las principales conclusiones de esta investigación radica en que los requerimientos técnicos ligados al puesto de trabajo de cuidados son elevados, dada la alta responsabilidad y autonomía requeridas por quienes ejecutan la atención directa a las personas en situación de dependencia, en función de la complejidad de la atención provista y de los riesgos laborales propios del trabajo realizado. Los elevados requerimientos técnicos del puesto de trabajo se reflejan en los altos grados de responsabilidad y autonomía necesarios para dar satisfacción y resolver (parcial o completamente) las necesidades y problemas que emergen en el domicilio de las personas usuarias del servicio, así como de la variedad de competencias técnicas específicas que son efectivamente movilizadas durante el desempeño laboral.

El análisis de la evidencia empírica recabada permite arribar a varias conclusiones. Una de ellas es que las competencias laborales específicas requeridas para el trabajo de cuidados pueden distinguirse en dos grandes tipos: por un lado, un conjunto de competencias que forman parte del acervo de saberes o conocimientos teórico-prácticos sobre salud y enfermedades así como sobre técnicas de movilización e higiene que son herramientas imprescindibles para atender a personas en situación de dependencia. La mayor parte de ellas solo puede ser adquirida mediante la formación específica y su consecuente puesta en práctica a través de la experiencia de trabajo concreta. Por otro lado, un grupo de competencias denominadas interpersonales, como lo son comunicar, establecer empatía, la escucha atenta, la integridad ética, la capacidad para tomar decisiones, entre otras, adquiridas fundamentalmente mediante la experiencia de vida y ligadas a la condición y socialización de género.

El análisis de las formas de adquirir las competencias laborales específicas requeridas para el puesto de trabajo, permite sostener que el rol de la formación en cuidados es relevante e insustituible como fuente de adquisición de la experticia requerida en el puesto de trabajo. Ello, a raíz de que gran parte de los conocimientos técnicos solo pueden ser incorporados mediante esta vía, así como también pueden ser mejoradas o desarrolladas las competencias interpersonales tan necesarias en un trabajo esencialmente relacional como lo es el de cuidados en domicilio.

Otro de los hallazgos de la investigación está ligado a la identificación y análisis de los riesgos laborales inherentes a este tipo de puesto de trabajo, los cuales pueden ser categorizados en dos grandes tipos. Por un lado, los riesgos asociados a la alta carga física derivados de la atención de las necesidades fisiológicas de las personas usuarias del servicio (movilización y traslados, higiene, vestimenta, alimentación, etc.) y, por el otro, los riesgos vinculados a la alta carga emocional del trabajo efectivamente llevado a cabo.

Este último tipo de riesgo laboral es usualmente invisibilizado en el marco de la organización y del soporte provisto por las organizaciones que brindan el servicio en ambos casos estudiados. Esto se deriva de la invisibilización de la dimensión emocional asociada al trabajo remunerado de cuidados, la cual usualmente no se encuentra protocolizada ni explicitada dentro de los márgenes de acción o actuación de quienes proveen dicho cuidado. Sin embargo, constituye gran parte de la carga global del trabajo efectivamente ejecutado en ambas ciudades estudiadas.

Ambos servicios registran escasos o insuficientes mecanismos de soporte técnico para la ejecución de la función que es asumida en solitario por las trabajadoras en los domicilios de los y las usuarios/a del servicio y de las complejas tareas que esta involucra.

Este estudio concluyó que el soporte técnico y los dispositivos de prevención de riesgos laborales constituyen el apoyo organizacional que los agentes proveedores del servicio pueden brindarle a la atención directa a las personas por parte de las trabajadoras. La existencia o ausencia de dichos mecanismos incide (incrementando o disminuyendo respectivamente) los márgenes de responsabilidad y autonomía individual a ser asumidos por las trabajadoras durante la ejecución de su trabajo.

Otra de las conclusiones a las que se arriba emerge del estudio de los mecanismos simbólico-subjetivos y materiales-objetivos que operan en la producción y reproducción de la desvalorización del trabajo remunerado típicamente femenino como lo es el de cuidados en domicilio. Se constata que dichos mecanismos reflejan la invisibilización de los requerimientos y las exigencias técnicas asociados al puesto de trabajo, algo que explica, en parte, el desajuste entre estos y la valoración social de la cualificación asociada al trabajo. Esta constatación confirma el supuesto del que partía la presente investigación, de que el trabajo remunerado de cuidados en domicilio era socialmente concebido como descualificado,

al igual que el resto de las actividades y ocupaciones típicamente femeninas que son socialmente desvalorizadas.

El argumento de la desvalorización del trabajo femenino de carácter reproductivo y del trabajo remunerado de cuidados en general, más allá del ámbito donde este sea llevado a cabo, en tanto actividad paradigmáticamente femenina, es sostenido por gran parte de la literatura especializada (Kaplan, 1987; Waerness, 1984; Hoschchild, 1983, 1985, 1998; Payne, 2009; England, 2005, entre otras). Ello, a pesar de ser escasas las investigaciones empíricas y cualitativas sobre el trabajo remunerado de cuidados, especialmente el realizado en domicilio, a partir de los cuales contrastar dicho argumento con evidencia.

A nivel del propósito u objetivo general de la investigación, uno de los principales hallazgos que se extrae es la constatación del desajuste entre los altos requerimientos técnicos derivados del contenido del trabajo efectivamente ejecutado y la baja valoración social de la cualificación asociada a este. Desajuste que se refleja, a la vez que se produce y reproduce, a través de diversos mecanismos de desvalorización del trabajo femenino identificados y analizados en el capítulo 3. Estos operan a nivel subjetivo y simbólico así como en el plano objetivo o de las condiciones materiales bajo las cuales dicho trabajo es ejecutado. Esta constatación plantea reflexiones en relación con la propia definición del concepto de cualificación, su construcción social y su marcado sesgo de género.

Cabe recordar que analíticamente se partió de la concepción de que la cualificación es una construcción social permeada por representaciones sociales y conflictos de poder entre actores y agentes y una de las consecuencias ligadas a ello es la invisibilización de los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo. Esta invisibilización tiene consecuencias negativas tanto a nivel de la percepción y la valoración del propio trabajo realizado por parte de quienes en él se ocupan, así como en la ausencia de reconocimiento y recompensa de los grados de responsabilidad, autonomía y experticia requeridos en el puesto de trabajo.

La hipótesis detrás de este desajuste es la desvalorización del trabajo reproductivo y típicamente femenino asociado al trabajo de cuidados que hace que los altos niveles de exigencias técnicas ligadas al puesto de trabajo pasen desapercibidos y no sean explícitamente reconocidos ni tenidos en cuenta ni por las empresas proveedoras del servicio, ni por las autoridades estatales que, como en el caso catalán, son las responsables últimas de su provisión en el marco de un modelo de atención en domicilio de carácter público.

Como señalan algunas investigaciones (Cameron y Moss, 2007; Recio, 2014), y como la gran mayoría de las personas responsables de los recursos humanos de las empresas y OSC entrevistadas en el presente trabajo afirman, entre los problemas más acuciantes del trabajo de cuidados está la alta rotación del personal y el consecuente desafío de retención de su mano de obra. En este sentido, es posible concluir que el desajuste antes mencionado se

constituye como un obstáculo para convertir al sector de cuidados en un yacimiento de empleo atractivo en tanto opción laboral.

Con relación al *primer objetivo de investigación* vinculado al análisis de las políticas públicas de bienestar o sociales y, en particular, de aquellas orientadas al abordaje de la dependencia y sus cuidados, el estudio comparado de casos permite concluir que la existencia de una política pública (caso barcelonés) tanto como su inexistencia (caso montevideano) inciden en los modelos de atención en domicilio en los que se enmarcan los servicios de atención en ambas ciudades. En especial, su naturaleza pública o privada y, más específicamente, de las características que se derivan de los modelos de atención que enmarcan a los servicios provistos en ambas ciudades definidos como «público-semiprofesional» en el caso barcelonés y «familiarista-mercantil-no profesional» en el montevideano, moldean aspectos clave del servicio de atención provistos. Dichos rasgos inciden en el contenido del trabajo efectivamente realizado y sus requerimientos técnicos. Esta regulación estatal —o su ausencia— afecta a algunas de las condiciones técnicas y administrativas relativas a su ejecución por parte de las empresas u organizaciones de la sociedad civil que brindan los servicios a la población en situación de dependencia. En efecto, la existencia o no de regulaciones estatales a nivel de las condiciones técnicas en las cuales dicho servicio es provisto y la atención directa es desarrollada y ejecutada, afectan tanto al contenido, como a las condiciones bajo las cuales el trabajo remunerado de cuidados en domicilio es llevado a cabo. Al respecto, interesa destacar cinco aspectos susceptibles de regulación estatal a nivel de las características del servicio y la condiciones técnicas y materiales bajo las cuales este es realizado, que inciden en el contenido del trabajo efectivamente realizado. Cabe recordar que las diferencias concretas entre ambas ciudades fueron analizadas detalladamente en el capítulo 3.

Por un lado, a nivel de las características, la organización del servicio y el control de su calidad, la regulación estatal —o su ausencia— tiene implicancias en relación con el contenido y alcance del tipo de servicio provisto, materializado en las opciones y modalidades de atención en domicilio a ser provistas por los agentes que lo ofrecen. Es decir, la regulación puede definir si el servicio es exclusivamente de tipo asistencial o incorpora otras modalidades de atención de mayor alcance y abarca funciones más amplias (como el acompañamiento fuera del hogar, el apoyo a la integración social, la asistencia en relación con los trámites vinculados a la situación de dependencia). En esta misma línea, la regulación puede definir el perfil de personas usuarias del servicio, los requisitos de acceso, así como su duración y frecuencia, entre otros aspectos que afectan directa o indirectamente el contenido del trabajo efectivamente realizado. Asimismo, la regulación puede establecer criterios para el contralor y supervisión de la calidad del servicio provisto que afecten no solo al contenido del trabajo llevado a cabo en relación con la atención directa, sino también a todo el proceso

de producción y organización del trabajo vinculado a la prestación del servicio llevado a cabo por sus agentes proveedores.

Por otro lado, la regulación estatal puede establecer protocolos de actuación asociados a los perfiles profesionales en la atención directa en donde se especifiquen tareas, responsabilidades y alcances de la atención directa provista. Las regulaciones estatales pueden explicitar —o no— en protocolos y perfiles profesionales los aspectos ligados a la delimitación del alcance y de las responsabilidades concretas de los perfiles profesionales que proveen la atención directa a partir del contenido del trabajo efectivamente realizado. Al respecto interesa señalar que dichas regulaciones pueden existir así como reconocer e incorporar las tareas ligadas a la dimensión emocional del trabajo de cuidados en domicilio, definir el alcance y responsabilidades ligadas a ellas. Dicha visibilización y reconocimiento puede a su vez contemplar la creación de dispositivos organizacionales de prevención de riesgos laborales asociados al puesto de trabajo de atención directa a personas dependientes, de forma tal de generar estrategias de responsabilidad colectiva para el logro de una adecuada atención a las personas usuarias del servicio.

En tercer lugar, la regulación estatal puede abarcar la cuestión de los requisitos formativos para el acceso al puesto de trabajo y la formación o capacitación en el puesto de trabajo. Regular —o no— estatalmente los requisitos formativos mínimos de los perfiles profesionales que acceden y forman parte del personal del servicio de cuidados en general y de aquellos que ejecutan la atención en particular, es un aspecto que incide directamente en el grado de profesionalidad respecto a la forma en la cual la atención directa a las personas usuarias del servicio es brindada. Asimismo, regular —o no— los requisitos formativos implica visibilizar, reconocer y valorar los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo, entre los que se destacan la experticia entendida como el conjunto de competencias laborales específicas involucradas en el desempeño laboral, a la par que concebir que la formación específica al respecto es una vía fundamental e insustituible para su adquisición.

En cuarto lugar, el soporte técnico y los mecanismos de prevención de riesgos laborales regulados —o no— estatales pueden incidir en el rol y responsabilidad otorgada a las empresas u organizaciones de la sociedad civil y al propio Estado. Estos aspectos inciden en las características del soporte técnico y en los dispositivos de prevención de riesgos que se disponen para apoyar la prestación directa del servicio llevada a cabo por las trabajadoras que lo ejecutan. Ellos pueden ser concebidos —o no— como aspectos imprescindibles para poder proveer un servicio de calidad, así como necesarios para brindar el apoyo adecuado a las trabajadoras que llevan a cabo en solitario la tarea de atención directa a las personas usuarias del servicio.

Por último, a nivel de las condiciones de trabajo, la existencia o ausencia de regulaciones estatales *están ligadas al rol asumido por el Estado en la provisión del bienestar y de los*

servicios de cuidados en particular. Esto afecta a las condiciones materiales bajo las cuales el trabajo es llevado a cabo, lo cual impacta asimismo en la calidad del servicio prestado. En este sentido, el Estado puede asumir —o no— un rol activo en la fijación y promoción de mejores condiciones laborales (remuneración acorde a los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo, estabilidad en el jornal de trabajo establecido en los contratos laborales, posibilidades de formación y oportunidades de promoción laboral, entre otros aspectos).

Las cuestiones antes planteadas, tal como se desarrolla en el capítulo de análisis en términos comparativos entre el caso barcelonés y montevideano, inciden en el contenido del trabajo efectivamente realizado por las trabajadoras, así como impactan en los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo de cuidados en domicilio. En el análisis presentado al respecto, se exponen las similitudes y diferencias derivadas de los modelos de atención público y privado en los que se sustentan ambos servicios seleccionados para el estudio.

En la medida en que se concibe que la calidad del servicio está condicionada, en parte, por la profesionalidad con la cual la atención directa es provista a las personas usuarias del servicio, el análisis y reflexión en torno a la cuestión de cómo la cualificación asociada al puesto de trabajo es valorada y definida como un aspecto central.

En un modelo de atención público como el barcelonés, en el cual la regulación estatal vinculada a algunas de las condiciones técnicas del servicio es mayor que en el modelo privado de atención montevideano, se esperaría un menor desajuste entre los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo y su valoración social. Sin embargo, a partir del análisis de los mecanismos de desvalorización del trabajo (tanto subjetivos como objetivos), la invisibilización de los requerimientos técnicos asociados a él, parece producirse en casi igual medida que en el caso montevideano. En el caso barcelonés, salvo algún matiz diferencial en relación con una menor exposición al tratamiento descalificativo e irrespetuoso a las trabajadoras por parte de las personas usuarias del servicio o de su entorno respecto a lo que sucede en el caso montevideano, los mecanismos materiales de desvalorización no varían mucho entre ambas ciudades. Es decir en ambos casos se constata que las condiciones laborales bajo las cuales el trabajo es desarrollado, sobre todo en lo relativo a la baja remuneración y ausencia de oportunidades de promoción laboral caracterizan a ambos casos estudiados.

Con relación a los matices, el caso barcelonés presenta un mejor o más adecuado soporte técnico a nivel organizacional, dado que dispone de algunos dispositivos de prevención de riesgos laborales de carácter colectivo, inexistentes en el caso montevideano, así como tiene una regulación estatal a nivel de la formación básica requerida para acceder a los distintos perfiles profesionales que prestan la atención directa.

Sobre cómo afectan los cambios y transformaciones a nivel del contexto social, político e institucional sucedidas desde la realización del trabajo de campo para el relevamiento de la evidencia empírica a lo largo del período 2009-2010 al análisis realizado, se considera que las conclusiones extraídas no dejan de tener vigencia y validez, en tanto contribuyen a explicar cómo el nivel macro (de la política pública y modelos de atención) afecta en el nivel mezzó (servicio de cuidados), lo que a su vez incide en el nivel micro vinculado al contenido del trabajo y sus requerimientos técnicos.

En línea con lo anteriormente mencionado, en cuanto al análisis desarrollado a nivel del modelo de atención detrás del SAD en el caso barcelonés se advertía que la política pública para la atención a la dependencia en el caso español, corría el riesgo de que la creciente tendencia a otorgar subsidios monetarios para el pago de cuidadores informales por sobre la provisión de servicios podía afectar de manera negativa al desarrollo y consolidación de un sistema basado en servicios de calidad y provistos por profesionales en el área, como ya fue señalado por autores como Torns *et al.* (2014).

Por otra parte, los cambios y las transformaciones sociales y políticas que se han producido recientemente en el caso montevideano, y uruguayo en general, dan sus primeros pasos hacia la construcción de una política pública orientada al abordaje integral de las situaciones de dependencia y sus cuidados. En algunas de las medidas implementadas y analizadas en la sección 1.3 del capítulo 1, como el subsidio para la remuneración de la figura del asistente personal para los casos de dependencia severa, dan cuenta de un reconocimiento de los requerimientos técnicos asociados a los perfiles profesionales orientados a la atención directa de las personas en situación de dependencia, estableciendo requisitos formativos para su contratación. No obstante, deberá transcurrir un período considerable de tiempo para analizar si la apuesta es hacia la creación de servicios de cuidado donde se reconozca y promueva la oferta de cuidados profesionales provistos por trabajadores/as cualificados/as o si se optará por un diseño institucional donde sean priorizados los subsidios para el pago de cuidadores informales o familiares y por ende de una oferta de cuidados no profesionales, riesgo que corre en la actualidad la implementación y el desarrollo de la LAPAD en el caso español. En particular, si primara esta última alternativa, se conduciría a reforzar los estereotipos ligados a la idea de la descalificación del trabajo de cuidados en general a raíz de su desvalorización social en tanto actividad típicamente femenina. Así, se reforzarían los mecanismos de producción y reproducción de las desigualdades y diferencias asociadas al género, en la medida en que el Estado promovería, mediante los subsidios económicos, la perpetuación de los cuidados femeninos informales llevados a cabo en condiciones no profesionales, precarias y riesgosas, tanto para las personas cuidadoras y para quienes son cuidadas.

En cuanto al *segundo objetivo específico de investigación*, a partir del estudio del contenido del trabajo efectivamente realizado del que se deriva el análisis de los requerimientos técnicos del puesto de trabajo se extraen diversas conclusiones.

En primer lugar, el análisis de las dimensiones y características del trabajo de cuidados efectivamente realizado permite no solo identificar y conocer cuál es su contenido —aspecto necesario para examinar sus exigencias y requisitos técnicos—, sino comprender la amplitud, integralidad e implicancias del trabajo para quienes se desempeñan en este puesto.

A nivel de las dimensiones física y emocional del trabajo de cuidados en tanto centrales y estructurantes de este, en la línea de lo planteado por James (1992), es posible concluir que en cuanto a las tareas que son ejecutadas cotidianamente por las trabajadoras en ambas ciudades, si bien aquellas vinculadas a la dimensión física suponen esfuerzos y exigencias técnicas específicas así como requieren de la movilización de competencias laborales particulares, son las ligadas a la dimensión emocional las que implican mayores desafíos. No solo porque estas suelen estar invisibilizadas (James, 1992 y Wharton, 2009) en el marco de la organización global del servicio y los procesos de trabajo asociados a él, al no ser especificadas o explicitadas en los protocolos o regulaciones que lo atañen, sino porque requieren de la generación de complejas y variadas estrategias que deben ser creadas e implementadas a nivel y bajo responsabilidad individual por parte de las trabajadoras para hacerle frente al trabajo, en el contexto de un insuficiente e inadecuado soporte técnico de los agentes responsables de la provisión del servicio en ambos casos analizados.

El análisis de los casos barcelonés y montevideano muestra cómo la atención provista por las trabajadoras a las personas usuarias del servicio, en la medida en que es realizada en el ámbito privado e íntimo de las personas, las expone a altos niveles de responsabilidad, no solo a raíz de que se encuentran a cargo del bienestar de las personas atendidas con grados de dependencia diversos y usualmente complejos, sino porque deben hacer frente y lidiar en solitario con el conjunto de problemáticas que emergen con frecuencia en los domicilios. En este sentido, se constata que los márgenes de autonomía necesarios para tomar decisiones sobre qué hacer y cómo responder ante las problemáticas a las que se ven expuestas las trabajadoras son altos y se encuentran potenciados en ambos casos analizados por no contar con un adecuado soporte técnico por parte de las empresas u organizaciones que prestan el servicio. La forma en que los riesgos laborales se aborde por los agentes proveedores del servicio, puede variar en función de los modelos público y privado de atención que enmarca los servicios. Tal como fue analizado en el capítulo 3, en el caso barcelonés existen algunos dispositivos organizacionales (tales como las reuniones de coordinación colectivas o un mayor soporte técnico de las organizaciones a cargo del servicio) que no existen en el caso montevideano. No obstante, según lo manifestado por la mayoría de las trabajadoras en ambos casos, es insatisfactorio e inadecuado, tanto en su calidad como en su cantidad. Al

respecto, cabe destacar que la supervisión y el control de un servicio como el de atención en domicilio suelen ser complejos y difíciles de implementar dado el ámbito privado en cuyo marco la atención es llevada a cabo. Cómo controlar y supervisar la atención provista y su calidad, constituye un desafío para las organizaciones o agentes que lo brindan y las autoridades estatales que son sus responsables cuando este responde a un modelo público de atención.

En particular, los riesgos laborales que se derivan de la carga y sobrecarga emocional que acumulan las trabajadoras, tanto a raíz de la ejecución de tareas específicamente orientadas al proveer soporte emocional a las personas usuarias del servicio y la consecuente necesidad de regular la expresión de las emociones internas que suelen caracterizarse por el inevitable involucramiento afectivo hacia los y las usuarios/a, así como también de la necesidad de la regulación de su expresión interna, en la medida en que afrontan el peso y la responsabilidad del cuidado y bienestar de personas que suelen sufrir y padecer situaciones complejas y dolorosas dada su condición de dependencia.

Más allá de que las trabajadoras suelen generar y aplicar estrategias de autocuidado emocional para evitar o aliviar la sobrecarga emocional asociada al trabajo, la gestión y prevención de los riesgos laborales que le son inherentes es asumida casi en solitario por las trabajadoras. En el caso barcelonés, suelen manifestar que cuando existen dispositivos organizacionales, tales como las reuniones de coordinación grupales donde poder socializar y compartir las experiencias y vivencias de la práctica laboral, suelen ser insuficientes en cuanto a su frecuencia, mientras que en el caso montevideano ni siquiera cuentan con dispositivos organizacionales de este tipo.

Otra de las reflexiones finales en torno a la investigación a destacar es que las trabajadoras comparten con firmeza la idea de que la formación específica en cuidados es una herramienta imprescindible no solo para prevenir los diversos riesgos laborales asociados al puesto de trabajo, sino para poder desempeñarse adecuadamente en el trabajo y proveer la atención y los cuidados requeridos por las personas usuarias del servicio. En este sentido, la formación específica en cuidados, ya sea en su dimensión ligada a los conocimientos teóricos y prácticos sobre técnicas de movilización, higiene, entre otras, de enfermedades y patologías humanas, así como de comunicación, negociación y articulación vinculadas al desarrollo de las capacidades interpersonales son fuertemente demandadas por las trabajadoras en ambos casos de estudio, dado su carácter esencialmente relacional y sus exigencias técnicas derivadas.

La formación específica, más allá de la experiencia en el trabajo que permite poner en práctica los conocimientos teóricos, así como desarrollar y consolidar prácticas adecuadas de trabajo, constituye una de las principales e insustituibles formas de adquirir las competencias necesarias para ejecutar la atención en domicilio. Ello más allá de que las competencias

interpersonales sean parte de lo que pioneramente Wood (1987) denominaba «conocimiento tácito», caracterizado por su adquisición a través de los procesos de vida y socialización.

Es posible concluir que a partir del análisis del trabajo efectivamente realizado por quienes se desempeñan en el puesto de trabajo de cuidados en domicilio enmarcado en los servicios de atención o acompañamiento, los requerimientos y exigencias técnicas derivadas de él son altas, específicas y complejas.

Los requerimientos técnicos son específicos y las exigencias técnicas son elevadas en tanto las trabajadoras son responsables casi en solitario del soporte y cuidados de la salud y bienestar de las personas atendidas, así como de aquello que ocurre en el domicilio donde sucede la vida íntima de los y las usuarios, donde se encuentran sus pertenencias y se producen las interacciones entre estos/a y su entorno. Como fuera analizado en el capítulo 3, el trabajo de cuidados en domicilio implica que quienes lo llevan a cabo enfrenten altos grados de autonomía respecto a la toma de decisiones en relación con lo que le ocurre a las personas usuarias del servicio tanto a nivel de su salud y condición, así como de gran parte de los problemas y situaciones a ser resueltos o abordados en el domicilio durante la ejecución de la atención provista. Los requerimientos técnicos son elevados en lo que atañe a la toma de decisiones y control del proceso de trabajo involucrado en la provisión del servicio en ambos casos de estudio.

Con relación al *tercer objetivo de investigación*, orientado a identificar y explicar qué mecanismos operan a nivel de la producción y reproducción de la desvalorización del trabajo remunerado de cuidados a nivel simbólico y material, es posible concluir que no solo reflejan, sino que producen y reproducen, la invisibilización de los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo, constatando el desajuste existente entre estos y la valoración social de la cualificación asociada al puesto de trabajo. Dicha desvalorización social se produce en la mayoría de los trabajos típica o tradicionalmente femeninos.

Como fuera planteado por Kaplan y posteriormente por otros autores (Davies, 1995 y Cancian y Olikier, 2000 entre otros), cuanto más cercano se encuentra un trabajo remunerado a la actividad de nutrición, confort, estímulo o facilitación de la reproducción e interacción humana, más estrechamente es concebido como naturalmente femenino, algo que asume una escasa valoración social al ser considerado como no productivo (Kaplan, 1987).

Dichas actividades no son concebidas como algo que necesita ser aprendido o que requiere del desarrollo y movilización de competencias o capacidades humanas, sino como la expresión del carácter o naturaleza femenina.

Varios autores (Wood, 1987; Kaplan, 1987 y Jenson, 1989) añadían la cuestión de que la categorización de ciertos trabajos feminizados como no cualificados, solía estar en contradicción con los requerimientos técnicos que ellos requerían, comparables a los

exigidos en ciertos trabajos masculinos concebidos como cualificados. Este argumento choca con el corazón del sentido aporreado de ciertas conceptualizaciones en torno a la cualificación.

El estudio empírico del trabajo remunerado de cuidados en domicilio en los casos barcelonés y montevideano permite concluir que las competencias técnicas deben ser concebidas como prerrequisitos para poder proveer la atención directa a las personas en situación de dependencia usuarias del servicio.

Las competencias interpersonales son imprescindibles para articular, dado el carácter relacional del servicio provisto y del trabajo de cuidados en particular, entre las demandas y necesidades de las personas usuarias del servicio y la provisión de respuesta a las demandas y la efectiva cobertura de necesidades de las personas en situación de dependencia. Pueden ser mejoradas, en el sentido de que nuevas herramientas pueden ser incorporadas para mejorar el trato y la atención brindada hacia las personas usuarias, más allá de que sean adquiridas de manera tácita, en el entendido de que todas las personas somos diferentes y que podemos aprender y mejorar nuestras prácticas de trabajo.

En cuanto a los mecanismos simbólicos identificados, es posible concluir que estos suelen tener impactos negativos para las trabajadoras y su vínculo con el trabajo. Ello a raíz de que estas se encuentran con frecuencia expuestas a destratos y descalificaciones por parte de las personas usuarias del servicio y de su entorno cercano, así como también les son exigidas demandas en torno a la ejecución de tareas que no se corresponden con su rol o función.

Con relación a los mecanismos materiales de desvalorización, las malas condiciones de trabajo y la precariedad laboral (Recio, 2014) son tanto un reflejo como un mecanismo productor de la invisibilización de los elevados requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo, su no reconocimiento y ausencia de recompensa (en particular a nivel salarial o de las condiciones laborales en términos generales) por parte de las empresas u organizaciones de la sociedad civil en tanto agentes proveedores del servicio así como del Estado. Entre dichos mecanismos se encuentran la baja remuneración, las nulas oportunidades de promoción y ascenso laboral y un contrato de tipo jornalero. Esto sumado a la ausencia de un adecuado soporte técnico a nivel organizacional para prevenir los riesgos laborales ligados al puesto de trabajo, tornan difícil contrarrestar la alta y solitaria responsabilidad asociados a este, así como los amplios márgenes de autonomía con los que deben lidiar quienes se ocupan en este empleo, hacen del trabajo de cuidados una actividad no solo escasamente atractiva, sino demasiado exigente y hasta insostenible si se tienen en cuenta las condiciones materiales en las cuales se configura y debe ser desarrollada en ambos casos de estudio.

Estos mecanismos no solo son productores y reproductores de la desvalorización social del trabajo de cuidados en domicilio, sino que, sobre todo, reflejan y constatan la hipótesis

planteada en la investigación sobre el desajuste entre los niveles técnicos asociados a la cualificación del puesto de trabajo y su desvaloración social.

En cuanto a la pregunta central que orientó el desarrollo de la presente investigación relativa a si el trabajo remunerado de cuidados en domicilio es cualificado o no, el análisis de la evidencia empírica permite constatar la existencia de un desajuste entre los elevados requerimientos técnicos asociados a él y la concepción o construcción social sobre su grado de cualificación. Es decir que ambos aspectos no conciben y presentan un desajuste o una disonancia, que no pueden ser explicados sino a partir del argumento de la desvalorización social del trabajo tradicional y típicamente femenino, que permea los procesos de construcción social en general y del de la cualificación en particular.

Por último, cabe señalar que la conceptualización del cuidado fue madurando a lo largo de los últimos treinta años y también en el proceso de investigación para esta tesis doctoral. Con relación a su contenido, Graham (1983) lo definía como la atención física, mental y emocional del otro que supone el estar comprometido/a en el crecimiento y la curación del otro/a, definición que fusionaba los conceptos de amor y trabajo. Posteriormente, Hochschild logró capturar la dualidad del cuidado al definirlo y resaltar la dimensión de la responsabilidad de quien cuida en relación con la persona que es cuidada y conceptualizarlo como el «vínculo emocional, usualmente recíproco entre el dador de cuidado y la persona cuidada, en el cual la persona cuidadora se siente responsable por el bienestar del otro y realiza trabajo mental, emocional y físico para satisfacer dicha responsabilidad» (1995: 333). No obstante, fue Davies (1995) quien distinguió conceptualmente las distintas configuraciones o formatos sociales que asume el cuidado en tanto actividad humana, permitiendo distinguir el cuidado como actividad no remunerada de aquel provisto como trabajo remunerado. Con relación a este último, diferenció el trabajo remunerado de tipo profesional (la enfermería constituye su ejemplo más paradigmático) del no profesional (en el que incluye una amplia gama de ocupaciones en el sector de cuidados).

El concepto de *caring work* utilizado para denominar a la actividad de cuidado en general, ya había sido definido por Graham (1983) como la atención física, mental y emocional del otro que supone el estar comprometido/a en el crecimiento y la curación del otro/a. Es un sinónimo de estar ahí para el otro y una definición que fusiona el amor y el trabajo. Esta investigación concibe al trabajo remunerado de cuidados en domicilio como la atención física, emocional y mental que es provista por cuidadoras remuneradas.

Lo que se constata en esta investigación es que un aspecto que distingue al trabajo remunerado de cuidados en domicilio de otro tipo de trabajos remunerados de cuidados es la gran responsabilidad de quien cuida respecto al bienestar de la persona cuidada. Dicha responsabilidad es aún mayor, así como los márgenes de autonomía son elevados, cuando la

atención y los cuidados son provistos en los domicilios de las personas cuidadas, dado que la atención implica la resolución de muchos de los problemas que emergen en el domicilio, donde sucede la vida íntima de las personas cuidadas.

El trabajo de cuidados consta de dos dimensiones centrales que estructuran las prácticas y rutinas de trabajo diarias en el marco de la atención a las personas en situación de dependencia en sus domicilios: la física y emocional. Esta última supone, como bien indicaba Hochschild, la regulación de las expresiones externas de las emociones en las situaciones de trabajo, pero sobre todo —como fue analizado en el capítulo 3—, la regulación interna de las emociones en tanto aspecto fundamental e imprescindible para hacer frente a las consecuencias negativas asociadas a la alta carga emocional que supone lidiar con personas que padecen de múltiples problemáticas ligadas a su condición de dependencia. Dicho aspecto no había sido lo suficientemente analizado en las investigaciones empíricas llevadas a cabo por la autora.

Esta investigación sostiene que el trabajo emocional y, sobre todo, la dimensión relativa al trabajo interno de las emociones (y las estrategias para poder lidiar con ellas) se torna tanto más fundamental en cuanto el servicio esté ligado a la satisfacción o cobertura de necesidades de personas en situación de vulnerabilidad personal y social. Ello, a raíz de las diversas problemáticas a nivel de salud (física y emocional) que estas suelen tener y de la gran responsabilidad que se deriva de estar a cargo de su cuidado y bienestar por parte de las trabajadoras que les proveen atención directa y cuidados.

4.2. Recomendaciones y futuras líneas de investigación

Un conjunto de características y condiciones ligadas al trabajo remunerado de cuidados en domicilio, más allá de las diferencias identificadas en ambas ciudades, actúa como desincentivo a la retención y profesionalización de la mano de obra en detrimento de la posibilidad de creación de un sector ocupacional de cuidados o yacimiento de empleo capaz de atraer no solo a quienes buscan una fuente de trabajo de fácil acceso a raíz de que han sido expulsadas/os de otros sectores o no cuentan con experiencia o formación amplia o especializada previa.

La combinación entre las exigencias técnicas del trabajo —sobre todo aquellas ligadas a la invisibilidad de la dimensión emocional del trabajo—, la ausencia de mecanismos adecuados para prevenir los riesgos laborales, los escasos estímulos para capacitarse previamente y en el puesto de trabajo, junto con condiciones de trabajo precarias y malas (baja remuneración, modalidad de contratación jornalera, ausencia de puestos intermedios u opciones laborales que permitan el ascenso profesional, entre las más destacadas), constriñe

fuertemente la voluntad de superación a nivel profesional y promueve el abandono del puesto de trabajo, incluso de aquellas trabajadoras fuertemente comprometidas con su trabajo y profesión.

En la medida en que la invisibilización de los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo siga existiendo y los mecanismos de producción y reproducción de la desvalorización del trabajo femenino continúen operando, la gestión de los riesgos laborales y de la formación o capacitación para y en el puesto de trabajo seguirá siendo asumida de forma individual por quienes se ocupan en este tipo de empleo.

Ello sumado al insuficiente soporte técnico por parte de los agentes proveedores del servicio, son aspectos que van en detrimento de la calidad del servicio provisto a las personas que son sus usuarias, así como de la calidad y dignidad del empleo de cuidados en domicilio.

Visibilizar los requerimientos técnicos derivados del trabajo es un primer mojón, necesario para identificar y reconocer las dimensiones y características del trabajo remunerado de cuidados en domicilio, los tipos de riesgos laborales asociados, el tipo de soporte técnico requerido a nivel organizacional y las necesidades de formación y capacitación de quienes acceden y se desempeñan en él.

A su vez, la visibilización de dichos requerimientos y la redefinición de modelos de atención en domicilio en donde no existan desajustes entre estos y la valoración de la cualificación asociada, es importante para avanzar en sistemas de atención a la dependencia y servicios de cuidados en donde la calidad del servicio en lo que refiere a la profesionalidad con la que se lleva a cabo la atención directa de las personas sea asumida de manera colectiva. Es decir, modelos en los que el Estado y los agentes prestadores del servicio (sean estos públicos o privados), se responsabilicen y comprometan con la mejora de las condiciones laborales (mejora salarial y derechos laborales plenamente garantizados), la creación de mecanismos estables y efectivos de prevención de riesgos laborales y dispositivos adecuados y efectivos de soporte técnico a nivel organizacional, de planes de formación específica en cuidados.

Es recomendable crear sistemas de relaciones laborales y de gestión de los recursos humanos que trabajan en la provisión de cuidados que permitan tornar a este tipo de empleos en oportunidades laborales atractivas no solo para las mujeres, sino también para los hombres de todas las edades.

El fortalecimiento de la acción colectiva a nivel sindical de quienes se ocupan en este tipo de puestos de trabajo, sobre todo en el caso montevideano, dada la ausencia de un grupo específico asociado a este tipo de trabajos remunerados y de un servicio público de atención en domicilio, podría coadyuvar a colocar en la agenda de las negociaciones colectivas, la necesidad de avanzar en sistemas de protección y garantía de las condiciones de trabajo en el sector de cuidados en general y de quienes se emplean cuidando en domicilio en particular.

En un sentido amplio, la calidad del empleo en este sector de cuidados, así como de los servicios de cuidado (sean ellos provistos en los domicilios de las personas usuarias o en instituciones) debería una cuestión a ser abordada y contemplada a nivel del diseño e implementación de políticas públicas orientadas a atender el fenómeno de la dependencia y sus cuidados. En particular, el Estado debería velar por el cumplimiento de medidas que garantizaran dicha calidad en tanto aspecto necesario para proteger y garantizar el derecho a ser cuidado de las personas en situación de dependencia, así como de la calidad del empleo de las personas que se dedican de forma remunerada a proveer cuidados. Tal como lo señalaban Knijn y Kremer (1993), tan solo cuando la calidad de los servicios de cuidados es garantizada en el marco de lo cual la profesionalización del sector ocupacional y la calidad de los empleos son aspectos que la constituyen, el derecho a recibir cuidados es efectivamente garantizado, así como el derecho a cuidar en condiciones dignas, al menos, cuando dicho cuidado es provisto en el marco de trabajos remunerados y servicios que lo encuadren y regulen institucionalmente.

En sintonía con lo anterior, los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo, en tanto aspectos objetivables de este (Littler, 1982), deberían ser integrados en la valoración y definición de la cualificación asociada al puesto de trabajo de cuidados en domicilio que fue objeto de estudio de esta investigación. La visibilización de estos, así como su valoración y recompensa, sobre todo, en lo que refiere a las condiciones materiales bajo las cuales la atención directa en domicilio es provista y el empleo es enmarcado, debería reverse, redefinirse y mejorarse en ambos casos analizados. En este sentido, los criterios relativos a los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo deberían formar parte y orientar la definición de la cualificación asociada al puesto de trabajo como una vía para poder valorar de manera más justa al exigente trabajo remunerado de cuidados en domicilio. Ello requiere de compromiso político estable y sostenido que permita avanzar en la consolidación de servicios de cuidados de calidad, a partir de los cuales el derecho al cuidado pueda ser efectivamente garantizado.

Los Estados deberían asumir un papel activo en la promoción de avances en torno al desarrollo y consolidación de matrices político-institucionales de protección social, responsables y promotores del reconocimiento y protección de las nuevas demandas y derechos sociales como la atención al fenómeno de la dependencia y el derecho a dar y recibir cuidados. Estas medidas son necesarias ante la inevitable e irreversible «crisis de cuidados» que afecta a gran parte de las sociedades occidentales industrializadas.

Tan solo el Estado tiene la potestad y capacidad para desarrollar sistemas públicos de atención a las necesidades de cuidados de la población dependiente y para procurar y garantizar a nivel de la oferta de servicios de cuidado su calidad y la consecuente garantía de protección de derechos sociales. Es imprescindible que asuma un rol activo a nivel de la

promoción de mejoras de las condiciones laborales del sector de cuidados para el logro de la efectiva protección de sus derechos laborales, así como de la profesionalización de las formas en las cuales el cuidado es provisto en el marco de servicios orientados a ello.

Como señalan Torns *et al.* (2014), la creciente presencia de mujeres inmigradas que llegan a las sociedades de bienestar europeas para atender las necesidades de cuidados de la población en situación de dependencia es una forma de cubrir la demanda de cuidados insatisfecha, a la vez que es un resultado a nivel macrosocial de las diversas inequidades y desigualdades sociales entre los países, entre las personas a su interior y entre los géneros. En el caso de los países del sur de Europa entre los que se encuentra España, la contratación de mujeres inmigrantes enfrentadas a una triple discriminación por su condición de mujeres, inmigrantes y trabajadoras (Parella, 2003) de forma directa y generalmente informal por las familias más que su ocupación en servicios públicos de cuidados existentes constituye una alternativa de cuidados utilizada para satisfacer gran parte de las necesidades de cuidados de la población. Según Torns *et al.* (2014), esto refleja las contradicciones e insuficiencias del modelo social europeo y de la sostenibilidad de la vida en las sociedades del bienestar en tanto desafíos preexistentes a la crisis que afectó al continente desde finales del 2007. Los desafíos que enfrenta esta región deben ser tenidos en cuenta también en el diseño e implementación de eventuales políticas públicas orientadas a atender las situaciones de dependencia de la población en las sociedades latinoamericanas.

Por otro lado, en cuanto al debate teórico e instrumental sobre la cualificación, el desajuste constatado entre los requerimientos técnicos y la valoración social ligada al trabajo remunerado de cuidados en domicilio, impone la reflexión en torno a cómo volver más integrales y ajustados los criterios de su valoración y categorización social. En este sentido, se visualiza como necesaria la incorporación de criterios, así como la generación de instrumentos y herramientas orientados a captar los requerimientos técnicos asociados al puesto de trabajo que den cuenta de la integralidad e implicancias del trabajo efectivamente realizado. En especial, de la generación de criterios e instrumentos que permitan capturar y valorar los requerimientos técnicos ligados a la dimensión emocional del trabajo de cuidados, la cual se encuentra en la actualidad invisibilizada, así como los grados de responsabilidad, autonomía, riesgos laborales y competencias laborales específicas derivadas de esta.

En lo que respecta a las futuras líneas de investigación que podrían ser desarrolladas en el futuro, la incorporación del análisis de la dimensión emocional del trabajo en otros sectores ocupacionales más allá de los servicios personales y la atención directa a las personas, tales como el de la producción de software (Quiñones y Van Rompaey, 2013) permitiría abordar el estudio del trabajo a partir de una mirada más integral e integradora.

La adopción de una perspectiva más integral del trabajo, permitiría captar y analizar las implicancias de la dimensión emocional que todo trabajo tiene y que debe ser reconocida e incorporada en las políticas de gestión de los recursos humanos.

A partir de asumir un abordaje más integral respecto a la conceptualización de lo que la cualificación implica en tanto constructo social y sesgado por el género debería complementar a la mirada generada a partir del acumulado de perspectivas feministas o que incorporan el análisis de la dimensión de género, al integrar el estudio de las nuevas sensibilidades y perspectivas masculinas en torno al trabajo y los cuidados. En esta línea, sería interesante analizar las diferencias que el trabajo masculino de cuidados tiene con aquel realizado por las mujeres, dado que algunas de las personas usuarias de servicios de cuidado pueden preferir contar con un cuidador hombre.

Sería recomendable profundizar en el análisis del trabajo de cuidados ya sea aquel llevado a cabo en domicilio o en instituciones en términos de su profesionalidad y, en particular, de la constitución de este como profesión, a partir de perspectivas que abordan el estudio de las profesiones, entre las que se destaca la iniciada por Abbot. En este sentido, el trabajo de cuidados en domicilio cuenta con la particularidad de la soledad y el aislamiento de las trabajadoras en sus puestos o ámbitos cotidianos de trabajo, lo cual hace más difícil el encuentro de espacios que propicien el intercambio entre trabajadoras en la misma situación, dificultando la acción y organización colectiva de las trabajadoras y la consecuente debilidad de la organización sindical.

Más allá de esto, continuar el estudio de otros trabajos en el sector de cuidados y otros sectores ocupacionales permitirá también ampliar las bases teóricas y empíricas de una reciente especialidad en el área de la Sociología como lo es la Sociología de las emociones, que tiene a Arlie Hochschild como una de sus pioneras teóricas, a partir de su conceptualización del trabajo emocional hace más de treinta años atrás. En línea con ello, autores como John Elster³⁹ se han interesado, en sus trabajos más recientes desde el enfoque de la Sociología Analítica, en el estudio de las emociones y los micromecanismos sociales que de estas se derivan, para explicar los comportamientos y acciones sociales y, de esta forma, comprender con mayor exactitud como dichos procesos también inciden en la generación de emergentes sociales o fenómenos macrosociales y viceversa.

Por último, profundizar el análisis en torno a las políticas públicas para el abordaje de la dependencia y sus cuidados, es preciso, no solo para dimensionar y dar seguimiento a los avances o retrocesos en materia de equidad de género que fueron iniciados durante los noventas por teóricas inglesas y escandinavas (Ungerson, 1997; Knijn y Kremer, 1997, entre otras), sino ligarlo al estudio de la profesionalización o no respecto a la forma en la cual los

³⁹ Esta línea de investigación se refleja en una de sus últimas publicaciones titulada *Sobre las pasiones: emoción, adicción y conducta humana* (2001).

cuidados o la oferta de cuidados es provista, en el marco de lo cual el análisis de la concepción de la cualificación asociada a los trabajos remunerados de cuidados debe ser contemplada. Todo ello a la luz del análisis de los modelos de cuidados y las relaciones de género en los que se fundamentan, en última instancia, las matrices de protección social o Estados sociales y de bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

- ABBOT, A. (1988): *The system of professions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- ACLE, M. (2014): «Aging in the 21st Century. Human Rights, Economic Development, and the World's Growing older population». *Bifocal*, vol. 35, n.º 3.
- AGUIRRE, R. (2011): *El trabajo remunerado de cuidados de personas dependientes. Avance presentado en Grupo de Trabajo de Adultos Mayores*. Montevideo: Inmujeres, Mides-ONU Mujeres-OIT. Disponible en http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13521/1/rosario_aguirre.pdf (última consulta: 6/8/2015).
- (2013): *Personas ocupadas en el sector cuidados*. Montevideo: Universidad de la República.
- ALALUF, M. y STROOBANTS, M. (1994): «¿Moviliza la competencia al obrero?». *Revista Europea Formación Profesional*, 1/94.
- ALBALA, C.; LEBRÃO, M. L.; LEÓN DÍAZ, E. M. *et al.* (2005): «Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada». *Rev Panam Salud Pública*, 17 (5/6): 307-322.
- ALEMANY, C. (2003): *Noves formes d'organització del treball i les condicions de treball i salut en la prestació de serveis de proximitat*. Barcelona: Departament de Treball i Indústria, Direcció General de Relacions Laborals, Generalitat de Catalunya.
- ANDERSON, M.; BECHHOFFER, F. y KENDRICK, S. (1994): «Individual and household strategies», en ANDERSON, M.; BECHHOFFER, F. y GERSHUNY, J. (eds.), *The Social and Political Economy of the Household*. Oxford: Oxford University Press.
- BALBO, L. (1978): «La doppia presenza». *Inchiesta*, n.º 32.
- BATTHYANY, K. (2007): *Género y cuidados familiares. ¿Quién se hace cargo del cuidado y atención de los adultos mayores?* Informe Final Proyecto. Montevideo: CSIC, Universidad de la República.
- (2008): *El cuidado de adultos mayores en hogares de Montevideo*. Disponible en <http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/1619/1/cuidado-de-adultos-mayores-en-hogares-de-montevideo---k-bathyanny.pdf> (última consulta: 29/8/2015).
- BAZO, M. T. (1998): «Vejez dependiente, políticas y calidad de vida». *Revista Papers*, 56.
- BELT, B.; RICHARDSON, R. y WEBSTER, J. (2002): «Women, social skill and interactive service work in telephone call centres». *New Technology, Work and Employment*, n.º 1, vol. 17.
- BENERÍA, L. (1981): «Reproducción, producción y división sexual del trabajo». *Mientras Tanto*, 6: 19.
- BETTIO, F. y PLANTEGA, J. (2004): «Comparing Care Regimes in Europe». *Feminist Economics*, n.º 10, vol. 1.
- BETTIO, F.; SIMONAZZI, A. y VILLA, P. (2006): «Change in Care Regimes and Female Migration: The 'Care Drain' in the Mediterranean». *Journal of European Social Policy*, 16 (3).
- BOLTON, S. (2004): *Emotion Management in the workplace*. Nueva York: Palgrave MacMillan.
- BONET I MARTÍ, J. (2004): «Ciutat de vendes, benestar de pagament. De les polítiques al comerç de serveis», en En Unió Temporal de Escribes (cords.), *Barcelona marca registrada: un model per desarmar*. Barcelona: Virus.

- BORRÀS, V.; MORENO, S. y RECIO, C. (2006): *El temps de treball: balanç d'actuacions a la Unió Europea*. Barcelona.
- BOURDIEU, P. y WACQUANT, L. (1992): *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- BROTHERIDGE, C. y GRANDEY, A. (2002): «Emotional Labour and Burnout: Comparing Two Perspectives of «People Work»». *Journal of Vocational Behavior*, 60.
- BURKE, R. y GREENGLASS, E. (1995): «A longitudinal study of psychological in teachers and administrators». *Psychological Reports*, 64.
- CAMERON, C. y MOSS, P. (2007): *Currents understandings and future directions*. Londres: Routledge.
- CAMPINOS-DUBERNET, M. y MARRY, C. (1986): «De l'utilisation d'un concept empirique : la qualification. Quel rapport à la formation?», en TANGUY, L. (ed.), *L'introuvable relation emploi-formation*. París: La Documentation Française.
- CANCIAN, M. y OLIKER, S. (2000): *Caring and Gender*. Oxford: Altamira Press.
- CACHÓN, L. (2003): «La discriminación del inmigrante en el mercado de trabajo», en BLANCO, C. (ed.), *La inmigración: nuevas realidades, nuevos desafíos*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- CASADO, D. y LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Barcelona: Fundación La Caixa. Disponible en <https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/es_06_esp.pdf> (última consulta: 6/8/2015).
- CASTELLÓ, L. (2008): *La gestió quotidiana de la cura. Una qüestió de gènere i classe*. Tesis Doctoral. Barcelona: Departament de Sociologia, Universitat Autònoma de Barcelona.
- CHERNISS, C. (1993). «The role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout», en SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C. y MAREK, T. (eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- COHEN, A.; HAMILTON, M.; STRUTT, A.; PHILIPSON, R. y PECK, A. (1985): «A new H1-receptor antagonist, BW825C: effects on tracking, reaction time and subjective ratings». *British Journal Clin. Pharmacol*, 17.
- CROUCH, C. (1999): *Social Change in Western Europe*. Oxford: Oxford University Press.
- CUEVAS, P.; O'FERRALL, C.; GAVIRA, C. y CRESPO, J. (1999): «Estrés, apoyo social y salud mental en enfermeros de un hospital general: resultados de una investigación». *Enfermería Científica*, 202.
- DALY, M. (1999): «The Functioning Family: Catholicism and Social Policy in Germany and the Republic of Ireland». *Comparative Social Research*, 18.
- y LEWIS, J. (2000): «The concept of social care and the analyses of contemporary welfare states». *British Journal of Sociology*, n.º 51, vol. 1.
- DAUNE-RICHARD, A. (1995): *Cualificación y representación social. Las nuevas fronteras de la desigualdad*. Barcelona: Icaria.
- DAVIES, C. (1995): «Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited». *Acta Sociológica*, 38.
- DÍAZ, P.; MAÑAS, C. y Lozano, L. (2007): *De l'invisible treball reproductiu a la professionalització de la cura: el Serveis d'Atenció Domiciliària*. Barcelona: Fundació per a la Formació i l'Estudi Paco Puerto (CEPROM).
- DUBAR, C. y TRIPIER, P. (1999): *Sociologie des Professions*. París: Armand Colin.

- DURAN, M. A. (2006): «Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años». *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*.
- DUYVENDAK, J.; GEERTTEN, T. y RALLY, R. (2005): «Educational policies on migrants and minorities in the Netherlands: success or failure?». *Journal of Education Policy*, 20.
- EASTBURG, M. C.; WILLIAMSON, M.; GORSUCH, R. y RIDLEY, C. (1994). «Social support, personality, and burnout in nurses». *Journal of Applied Social Psychology*, 24 (14): 1233-1250.
- ELSTER, J. (2001): *Sobre las pasiones: emoción, adicción y conducta humana*. Madrid: Paidós.
- ENGLAND, P. (2005): «The emerging theories of care work». *Ann. Rev. Sociol.*, 31.
- ERIKSSON, R. y RITTER, C. (2001): «Emotional labour, Burnout and Inauthenticity: does gender matter?». *Social Psychology Quarterly*, n.º 2, vol. 64.
- ESCRIBÁ, V., MÁS PONS, R.; CÁRDENAS, M.; BURGUETE, R. y FERNÁNDEZ, R. (2000): «Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria / The Impact On Psychological Welfare Of Nurses In Hospitals Caused By Work Stress Factors». *Rev. Enfermería*, 23.
- ESCUREDO, B. (2007): «Las políticas sociales de dependencia en España». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 119.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990): *Los tres mundos del Estado de bienestar*. Valencia: Alfons El Magnánim.
- EVERS, A. y SVETLIK, I. (1993): *Balancing pluralism. New Welfare Mixes in Care for the Elderly*. Viena: Aldershot.
- EVERTSSON, L. (2000). «The Swedish welfare state and the emergence of female welfare state occupations». *Gender, Work & Organization*, 7 (4).
- FILGUEIRA, F. et al. (2009): *The coming of age of a mature welfare regime and the challenge of care: labour market transitions, second demographic transition and the future of social protection in Uruguay*. Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).
- FLORES CASTILLO, A. (2012): «Cuidado y subjetividad: Una mirada a la atención domiciliaria». *Serie Mujer y desarrollo*, 112. Santiago de Chile: CEPAL.
- FOLBRE, N. (1990): *Families Maintained by Women Alone: Policy Issues for Developing Countries. Prepared for the Population Council/ICRW Program on Family Structure, Female headship and Poverty*. Population Council.
- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R. S. (1985): «If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination». *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150.
- FRAISE, P. (1979): *Las emociones. Fraisse y Piaget. Motivación, emoción y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- FRIEDMANN, P. y NAVILLE, P. (1971): *Tratado de Sociología del trabajo*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- FREUDENBERGER, H. J. (1974): «Staff burn-out». *Journal of Social Issues*, 30 (1).
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1999): *Perfils professionals en l'ambit dels serveis socials*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament d'Ensenyament, Institut Català de Noves Professions, Departament de Benestar Social.
- (2001) *Llibre Blanc del nous filons d'ocupació a Catalaunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Treball, Direcció General d'Economia Social.
- GERSHUNY, J.; GODWIN, M. y JONES, S. (1994): «The domestic division of labor: A process of lagged adaptation», en ANDERSON, M.; BECHHOFFER, F. y GERSHUNY, J. (eds.), *The Social and Political Economy of the Household*. Oxford: Oxford University Press.

- GIBSON-GRAHAM, J. K. (1996): *The End of Capitalism (as We Knew It): A Feminist Critique of Political Economy; with a New Introduction*. Minnesota: University of Minnesota Press.
- GIL-MONTE, P. R. (2001): «Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (*burnout*) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal». *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11 (1).
- GILLIGAN, C. (1982): *In a different voice. Psychological Theory and Woman's Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- GLUCKSMANN, A. (2006): *Une rage d'enfant*. París: Plon.
- GLUCKSMAN, M. y LYON, D. (2006): «Configurations of care work: paid and unpaid elder care in Italy and the Netherlands». *Sociological Research Online*, 2.
- GOETZ, J. P. y LECOMPTE, M. D. (1988): *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- GOFFMAN, E. (1970): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GÓMEZ BUENO, C. (1999): «Del etiquetado de las ocupaciones según nivel de cualificación». *Revista de Investigaciones Sociológicas*, 88.
- GONZÁLEZ, L. (1999): *Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo*. Madrid: Catriel.
- GRAHAM, H. (1983): *Caring: a labour of love: woman, work and caring*. Londres: Routledge-Kegan Paul.
- GROVES, D. y FINCH, J. (1983): «Natural selection: perspectives on entitlement to the invalid care allowance», en GROVES, D. y FINCH, J. (eds.), *A Labour of Love: women, work and caring*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- HAMPSON, I. y JUNO, A. (2005): «Invisible work, invisible skills: interactive customer service as articulation work». *New Technology, Work and Employment*, n.º 2, vol. 20.
- HIRATA, H. y KERGOAT, D. (1995): «Una nueva mirada de la división sexual del trabajo». En: *Las nuevas fronteras de la desigualdad*. Barcelona: Icaria.
- HOCHSCHILD, A. (1983): *The managed heart*. Berkeley: University of California Press.
- (1995): «The Culture of Politics: Traditional, Postmodern, Cold-modern and Warm-modern Ideals of Care». *Social Politics*, 2 (3).
- (1998): «Ideals of care: Traditional, Postmodern, Cold-Modern, and Warm-Modern». En HANSEN, V. y GAREY, A. (eds.). *Families in the US: Kinship and domestic politics*. Philadelphia: Temple University Press.
- HUBERMAN, A. M.; MILES, M. B.; DENZIN, N. K. y LINCOLN, Y. S. (1994): *Handbook of qualitative research. Data management and analysis methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- HUGMAN, R. (1991): *Power in caring professions*. Londres-Nueva York: Palgrave Macmillan.
- JACOBSON, D. E. (1986): «Types and timing of social support». *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 27, n.º 3: 250-264.
- JACOBZONE, S. et al. (2000): «Is the health of older persons in the OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?». *OECD Economic Studies*, n.º 30.
- JAMES, N. (1992): «Care=organisation, physical labour, emotional labour». *Sociology of Health and Illness*, n.º 4, vol. 14.
- JANESICK, V. J. (1994): «The dance of qualitative research design: Metaphor, methodolatry, and meaning», en DENZIN, N. K. y LINCOLN, Y. S. (eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- JENSON, J. (1989): «The talents of women, the skills of men: flexible specialization and women». En WOOD, S. (ed.). *The transformation of work? Skill, flexibility and labour process*. Londres: Unwin Hyman.
- JOAS, H. y KNÖBL, W. (2009): *Social Theory. Twenty introductory Lectures*. Cambridge University Press, Cambridge.
- KAPLAN, D. (1987): «Invisible Work». *Social Problems*, n.º 5, vol. 34.
- KENWAY, J. y MCLEOD, J. (2004): «Bourdieu's reflexive sociology and 'spaces of points of view': whose reflexivity, which perspective?». *British Journal of Sociology of Education*, 25 (4): 525-544.
- KERGOAT, D. (1994) «Por una sociología de las relaciones sociales: del análisis crítico de las categorías dominantes a una nueva conceptualización», en BORDERÍAS, C. et al., *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales*. Madrid: Icaria.
- KNIJN, T. y KREMER, M. (1997): «Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship». *Social Politics*, otoño.
- KNIJN, T. y VERHAGEN, S. (2007): «Contested professionalism payments for care and the quality of home care». *Administration & Society*, 39 (4): 451-475.
- KONIAREK, J. y DUREK, B. (1996): «Social support as a buffer in the stress burnout relationship». *Internacional Journal of Stress Management*, 2: 99-106
- KORCZYNSKI, M. (2002). *Human Resource Management in Service Work*. Londres-Nueva York: Palgrave Macmillan.
- (2005): «Skills in service work: an overview». *Human Resource Management Journal*, 15.
- y MACDONALD, C. (2009): *Service work. Critical perspectives*. Nueva York: Routledge.
- KÖHLER, H.-D. y MARTÍN ARTELES, A. (2005): *Manual de la sociología del trabajo y de las relaciones laborales*. Madrid: Delta.
- KRÖGER, T. (2001): *Comparative Research on social care. The State of the Art*. Soccare Project Report 1. Bruselas: Comisión Europea.
- KRÜGER, K. y HERNÁNDEZ, E. J. (2013): «La ley de dependencia¿ Un cambio en el régimen de bienestar español? Familiarización versus profesionalización». *Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, (17), 436.
- LEE, R. T. y ASHFORTH, B. E. (1996): «A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout». *Journal of Applied Psychology*, 81 (2): 123-133.
- LEGRAND-LAFOY, L. y ROUSSILLON, S. (1995). «Vous avez dit compétence? : Un terme dont l'utilisation s'développée». *Personnel*, 363: 11-13.
- LEIRA, A. (1992): *Welfare States and Working Mothers: The Scandinavian Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LEITER, M. P. y MASLACH, C. (1988): «The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment». *Journal of Organizational Behavior*, 9: 297-308.
- LETABLIER, M. T. (2007): «El trabajo de "cuidados" y su conceptualización en Europa», en PRIETO, C. (ed.) *Trabajo, género y tiempo social*. Madrid: Hacer Editorial-Universidad Complutense de Madrid.
- LEVY-LEBOYER, C. (2002). *Ingeniería de las competencias*. Barcelona: Gestión club-pise.
- LEWIS, J. (1985): *Labour and Love. Women's Experience of Home and Family. 1850-1940*. Londres: Basil Blackwell.
- (1997): «Gender and Welfare Regimes: Further Thoughts». *Social Politics*, verano.

- (2001): «The Decline of the Male Breadwinner Model: Implications for Work and Care». *Social Politics*, verano.
- LICHTENBERGER, Y. (1999): «Compétence, organisation du travail et confrontation sociale». *Formation Emploi*, 67: 93-106.
- (2003). «Compétence, compétences», en ALLOUCHÉ, J. (coord.), *Encyclopédie des ressources humaines*. París: Éditions Vuibert.
- (2007): «Competencias y trabajo administrativo invisible en consultas externas hospitalarias». *Papers*, 83.
- LIM, V. K. y YUEN, E. C. (1998): «Doctors, patients, and perceived job image: an empirical study of stress and nurses in Singapore». *Journal of Behavioral Medicine*, 21 (3): 269-282.
- LITTLER, C. (1982): *The Development of the Labour Process in Capitalist Societies*. Londres: Heinemann.
- LLOYD-WILLIAMS, M. y PAYNE, S. (2002): «Can multidisciplinary guidelines improve the palliation of symptoms in the terminal phase of dementia?». *International Journal of Palliative Nursing*, 8 (8): 370-375.
- LONGO, M. E. (2009): «Género y trayectorias laborales. Un análisis del entramado permanente de exclusiones en el trabajo». *Trayectorias*, n.º 28, vol. 11.
- LÓPEZ DOBLÁS, J. (2004): *Personas mayores viviendo solas*. Colección Estudios. Serie Personas Mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- LOZANO, A. y MONTALBÁN, M. (1999): «Algunos predictores psicosociales de *burnout*». *Gestión Hospitalaria*, 2: 66-74.
- LYON, D. y GLUCKSMANN, M. (2008): «Comparative configurations of care work across Europe». *Sociology*, 42 (1): 101-118.
- MACDONALD, C. y KORCZYNSKI, M. (2009): *Service work. Critical perspectives*. Nueva York: Routledge.
- MANDON, N. (1990): «Analyse des emplois et gestion anticipée des compétences». *Bref Céreq*, 57: 1-4.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2010): *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño: Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: CSIC.
- MARTÍNEZ FRANZONI, J. (2008): *Domesticar la incertidumbre en América Latina*. Mercado laboral, política social y familias. San José de Costa Rica: Editorial UCR.
- MARUANI, M. (1991): «La construcción social de las diferencias de sexo en el mercado de trabajo». *Revista de Economía y Sociología del Trabajo*, n.º 14-14.
- (1993): «La cualificación, una construcción social sexuada». *Revista de Economía y Sociología del Trabajo*, n.º 21-22.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. y LEITER, M. P. (1986): *Maslach burnout inventory*.
- MASLACH, C.; LEITER, M. P. y FRAME, K. (1998). «Burnout». *The Encyclopedia of Clinical Psychology*.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. y LEITER, M. P. (2001): «Job burnout». *Annual Review of Psychology*, 52 (1): 397-422.
- MASSÓ, M. (2008): *La Qualificació a debat: una anàlisi dels usos empresarials de la noció de competència a Espanya*. Tesis Doctoral.
- y VERD, M. (2007): «Las competencias y el trabajo invisible en el trabajo administrativo de consultas externas hospitalarias». *Revista Papers*, 83.
- MATON, K. (2003): «Reflexivity, Relationism & Research: Pierre Bordieu and the Epistemic Conditions of Social Scientific Knowledge». *Space & Culture*, 6 (1).

- MAXWELL, J. A. (2008): «Designing a qualitative study», en *The Sage handbook of applied social research methods*. Nueva York: Sage.
- MCCLELLAND, D. C. (1973). «Testing for competence rather than for 'intelligence'». *American Psychologist*, 28 (1), 1.
- MCCORKEL, J. A. y MYERS, K. (2003): «What difference does difference make? Position and privilege in the field». *Qualitative Sociology*, 26 (2): 199-231.
- MEO, A. y NAVARRO, A. (2009): *La voz de los otros. El uso de la entrevista en la investigación social (The others' voice. Interviewing in social research)*. Omicron.
- MERTENS, L. (1996): *Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. Montevideo: Cinterfor.
- MIDAGLIA, C. y ANTÍA, F. (2012): *Estado benefactor y políticas sociales. Historia, implementación y reforma de programas sociales en Argentina, Chile y Uruguay*. Buenos Aires: Biblos.
- MIGUÉLEZ, F. y RECIO, A. (2010): «The uncertain path from the Mediterranean welfare model in Spain», en *The Welfare State and Life Transitions: A European Perspective*.
- MILES, M. B. y HUBERMAN, A. M. (1994): *An expanded sourcebook qualitative data analysis*. Beverly Hills, CA: Sage.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (MIDES) (2014): *Cuidados como sistema*. Montevideo: DNPS, Mides. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/34676/1/cuidados_como_sistema.pdf> (última consulta: 29/8/2015).
- MONTAÑO, S. y CALDERÓN, C. (coords.) (2010): *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*. Santiago de Chile: ONU.
- MONTE, P. R. G. y SILLA, J. M. P. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- MONTERO LEITE, E. (1996): *El rescate de la calificación*. Montevideo: OIT-Cinterfor.
- MORENO, S.; BORRÀS, V. y RECIO, C. (2006): *El temps de treball: balanç d'actuacions a la Unió Europea*. Barcelona:
- MORENO-JIMÉNEZ, B. y PEÑACOBIA PUENTE, C. (1996): «El sujeto cognitivo», en FIERRO, A. (comp.), *Manual de psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- MORSE, J. M. (1994): «Designing funded qualitative research», en Denzin. N. K. y Lincoln. Y. S. (eds.), *Handbook of qualitative inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- et al. (2009): *Developing grounded theory: the second generation*. California: Left Coast Press.
- MOSS, P. y TILLY, C. (2003): *Stories employers tell. Race, Skill and Hiring in America*. Nueva York: Russel Sage Foundation.
- MUÑOZ TERRA, L. (2005): «El aporte del concepto de trayectoria laboral para el estudio de las vivencias de los ex trabajadores de YPF: reflexiones a partir de la práctica». Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, 10 al 12 de agosto, Buenos Aires.
- NALDINI, M. y SARACENO, C. (2008): «Social and family policies in Italy: Not totally frozen but far from structural reforms». *Social Policy & Administration*, 42 (7): 733-748.
- NANTEUIL-MIRIBEL, M. (2003): *Travail, compétence et espace public. Réfléchir la compétence. Approches sociologiques, juridiques et économiques d'une pratique gestionnaire*. Toulouse: Octarès.
- NEWELL, A. y SIMON, H. A. (1972): *Human Problem Solving*, vol. 104, n.º 9. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- NICOLE-DRANCOURT, C. (1992): «Mode de socialisation et rapport á l'activité». *Revue Française des Affaires Sociales*, 2, París: Minsitere des Affaires Sociales.
- NOTARO, J.; QUI ONES, M. y SUPERVIELLE, M. (2010): «Mercado de trabajo y jóvenes en el Uruguay. Una perspectiva sociológica». En GARCÍA VIGOR, A. (coord.). *Trabajo de jóvenes y menores. El acceso al primer empleo y la prohibición del trabajo infantil*. Buenos Aires: Errepar.
- OELSEN, F.; GROL, R.; WENSING, M. *et al.* (2000): «Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison». *British Journal of General Practice*, 50 (460).
- OFFE, C. (1984): *Contradictions of the Welfare State*. Cambridge, MA: MIT Press.
- OIRY, E. y D'IRIBARNE, A. (2001): «La notion de compétence: continuit s et changements par rapport   la notion de qualification». *Sociologie du travail*, n.  43, vol. 1.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2011): *World Report on Disability*. Disponible en <http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf> ( ltima consulta: 8/8/2015).
- ORTEGA, C. y LÓPEZ, F. (2004): «El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios. Revisión y perspectivas». *International Journal of Clinical and Health Psychology*, n.  1, vol. 4.
- PADFIELD, M. y PROCTER, I. (1996): «The effect of interviewer's gender on the interviewing process: A comparative enquiry». *Sociology*, 30 (2).
- PAREDES, M. (2014): «Las personas mayores en el Uruguay: El perfil sociodemográfico y los desafíos para las políticas públicas». *Notas de Población*, 98.
- PARELLA RUBIO, S. (2003). «Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación». *Revista Papers*, 79.
- (2004): «Reclutamiento de trabajadoras inmigrantes en las empresas de servicios de proximidad en el  rea Metropolitana de Barcelona». *Reis*. 108/04.
- PATTON, M. Q. (2005): *Qualitative research*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Ltd.
- PAYNE, J. (2009): «Emotional Labour and Skill: A Reappraisal». *Gender, Work and Organization*, n.  3, vol. 16.
- PFAU-EFINGER, B. (2005): «Culture and Welfare State Policies: Reflexions on a Complex Interrelation». *Journal of Social Policy*, 34.
- PIORE, M. y DOERINGER, P. (1985): *Internal labor markets and manpower analysis*. Nueva York: Me sharpe.
- PILLOW, W. (2003): «Confession, catharsis, or cure? Rethinking the uses of reflexivity as methodological power in qualitative research». *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 16 (2).
- PLANAS, J. (2011): «La relación entre educación y empleo en Europa». *Revista Papers*, vol. 96, n.  4, Barcelona.
- GIRET, J. F.; SALA, G. y VICENS, J. (2001): «The skills market: dynamics and regulation». En DESCY, P. y TESSARING, M. (eds.). *Training in Europe Second report on vocational training research in Europe 2000: background report*. Cedefop Reference series. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- PRIETO, C.; MIGUÉLEZ, F.; REBOLLO, O. y MARTÍNEZ, M. (1999): *Las relaciones de empleo en España*. Madrid: Siglo XXI.
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD) (2009): *World population to exceed 9 billion by 2050: Developing countries to Add 2.3 billion inhabitants with 1.1. Billion aged over 60 and 1.2 billion working aged*. Ginebra: PNUD.
- PROGRAMA FORMUJER, CINTERFOR (2003): *Género y formación por competencias: aportes conceptuales, herramientas y aplicaciones*. Montevideo: Cinterfor. Serie Formación y Género.

- PUCCI, F. (2004): *Aprendizaje organizacional y formación para la gestión del riesgo*. Montevideo: Cinterfor.
- y NIÓN, S. (2006): «Calificaciones y competencias en la producción gráfica universitaria uruguaya». *Revista Barbaroi*, n.º 25/2. Universidade de Santa Cruz Do Sul-UNISC.
- PUGLIESE, L. (2007): «Análisis comparado de una selección de programas de protección a los adultos mayores en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay». *Comentarios de Seguridad Social*, 16.
- PUGLIESI, K. (1999): «The Consequences of Emotional Labor: Effects on Work Stress, Job Satisfaction and Well-Being». *Motivation and Emotion*, n.º 2, vol. 23.
- QUIÑONES, M. (2009): «Pautas de desigualdad en el mundo social productivo uruguayo. Aportes para el debate en torno a la gestión por competencias». En NEFFA, N. et al. (comp.) *Trabajo, empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales*. Buenos Aires: Clacso.
- y VAN ROMPAEY, E. (2013): «Las dimensiones descuidadas del trabajo». Ponencia presentada al *Congreso ALAST*. Disponible en <<http://congressoalast.com/wp-content/uploads/2013/08/227.pdf>> (última consulta: 6/8/2015).
- RAFFE, D. (2003): «Pathways linking education and work: A review of Concepts, Research, and Policy Debates». *Journal of Youth Studies*, vol. 6, n.º 1.
- REAY, D. (1996): «Insider perspectives or stealing the words out of women's mouths: Interpretation in the research process». *Feminist Review*.
- RECIO, C. (2014): *El empleo en el sector de atención a las personas en España*. Tesis doctoral. Barcelona: Departamento de Sociología, Universitat Autònoma de Barcelona.
- REYNAUD, J. D. (2001): «Le management par les compétences : un essai d'analyse». *Sociologie du Travail*, vol. 43 (1): 7-31.
- RIGBY, M. y SANCHIS, E. (2006): «El concepto de cualificación y su construcción social». *Revista Europea de Formación Profesional*, 37.
- RODRÍGUEZ, F. y ROSSE, C. (coords.) (2009): *Panorama de la vejez en Uruguay*. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay-IPES-UNFPA.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2008): «La protección social de la dependencia en España. Un modelo *sui generis* de desarrollo de los derechos sociales». *Política y Sociedad*, 44 (2): 69-85.
- (2011): «Políticas sociales de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la Unión Europea». *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29 (1): 13-42.
- RODRÍGUEZ GÓMEZ, G.; GIL FLORES, J. y GARCÍA JIMÉNEZ, E. (1999): *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- SALA, G. (2004): *Reconocimiento de competencias laborales: el caso del sector bancario en el Estado Español*. Tesis Doctoral. Barcelona: Departamento de Sociología, Facultat de Ciènces Politiques i Sociologia. Universitat Autònoma de Barcelona.
- SALVADOR, S. (2009): «La institucionalidad para los cuidados en Uruguay y su cobertura». En FASSLER, C. (coord.). *Mesa de diálogo: Hacia un sistema nacional integrado de cuidados*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- (2011): «Hacia un sistema nacional de cuidados en el Uruguay». En RICO, N. (coord.) *El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay*. Serie Seminarios y Conferencias, 66. Santiago de Chile: CEPAL.
- SAMPSON, H.; BLOOR, M. y FINCHAM, B. (2008): «A Price Worth Paying? Considering the Cost of Reflexive Research Methods and the Influence of Feminist Ways of Doing». *Sociology*, 42 (5).
- SAUTU, R. (2003): *Todo es teoría*. Buenos Aires: Lumière.

- SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C. E. y MAREK, T. E. (1993): *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. Boca Raton: Taylor & Francis.
- SENNETT, R. (2000): *La corrosión del carácter. Las consecuencias del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona, Anagrama.
- SMITH, A. (1979): *Teoría de los sentimientos morales*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- STACEY, G.; JAIN, R. y URBAN, L. (1981): *Environmental impact analysis; a new dimension in decision making*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- STEINBERG, R. J. y FIGART, D. M. (1999): «Emotional labor since the managed heart». *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561 (1): 8-26
- SUPERVIELLE, M. (2010): «Trabajo y Derechos Humanos. Nuevos desafíos en la Sociedad del Conocimiento». *El Uruguay desde la Sociología*, VIII. Montevideo: DS, FCS, Universidad de la República.
- TANGUY, L. (2001): «El futuro del trabajo», en NEFFA, J. y DE LA GARZA, E. (comps.) *El futuro del trabajo. El trabajo del futuro*. Buenos Aires: Clacso.
- TAVALERO, E. y PÉREZ-GONZÁLEZ, J. (2007): «Formación en competencias socio-emocionales a través de las prácticas en empresas». *Revista Europea de Formación Profesional*, n.º 40, vol. 1.
- THOMAS, C. (1993): «De-constructing concepts of care». *Sociology*, 27 (4).
- THOMPSON, P.; WARHURST, C. y CALLAGHAN, G. (2001): «Ignorant theory and knowledgeable workers: Interrogating the connections between knowledge, skills and services». *Journal of Management Studies*, 38 (7).
- TILLY, C. y MOSS, P. (2001): *Stories employers tell: Race, skill, and hiring in America*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- TITMUS, R. (1963): *The Social Division of Welfare. Essays on the Welfare State*. Londres: Allen and Unwin.
- TORNS, T. (2011): «Conciliación de la vida laboral y familiar o corresponsabilidad: ¿el mismo discurso?». *RIDEG*, 01/11.
- BORRÁS, V.; MORENO, S. y RECIO, C. (2014): *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano*. Memoria final de investigación. Barcelona: UAB.
- TORNS, T.; BRULLET, C.; CARRASCO, C. y PRATS, M. (2009): «Temps i cura: la coresponsabilitat social de la cura a la vida quotidiana» en BRULLET, C. (ed.), *Temps i cura: la coresponsabilitat social de la cura a la vida quotidiana*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria de Polítiques Familiars i Drets de Ciutadania.
- TRIFILETTI, R. (1999): «Southern European welfare regime and the worsening position of women». *Journal of European Social Policy*, 9.
- TRONTO, J. C. (1993): *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Nueva York: Psychology Press.
- TURNIPSEED, G.; SAUNDERS, P.; RUPERT, A.; BANKS, R. y GRISSETT, J. (1994): «The “push-pull effect”». *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 65 (8).
- UNGERSON, C. (1997): «Social Politics and the Commodification of Care». *Social Politics*, otoño.
- (2005): «Care, work and feeling». *The Sociological Review*, 53 (s2): 188–203, diciembre.
- Valcarce, P. (2006): «Sistema nacional de dependencia». *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 60.
- VALLES, M. S. (2000): *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

- VATIN, F. (2008): *Le travail et seus valeurs*. París: Albin.
- VICENTE RODRÍGUEZ, P. (2010): *El papel de la familia en los cuidados a adultos mayores: algunos ejemplos*. Madrid: Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC.
- WAERNESS, K. (1984): «The Rationality of Care». *Economic and Industrial Democracy*, 5.
- WHARTON, A. S. (2009): «The Sociology of Emotional Labor». *Annual Review of Sociology*, 35.
- WOOD, S. (1987): «The deskilling debate. New Technology and Work Organization». *Acta Sociologica*, n.º 30, vol. 1.
- ZAPF, D. (2002): «Emotion Work and Psychological Well-being. A Review of the Literature and Some Conceptual Considerations». *Human Resource Management Review*, 12: 237-268.
- ZARIFIÁN, P. (1999): *Mutación de los sistemas productivos: la producción industrial del servicio*. Montevideo: Cinterfor.
- ZURRIAGA, R.; RAMOS, J.; GONZÁLEZ-ROMÁ, V.; ESPEJO TORT, B. y ZORNOZA, A. (2000): «Efecto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción, el compromiso y el absentismo en organizaciones sanitarias». *Revista de Psicología Social Aplicada*, vol. 10, n.º 3.

ANEXOS

Anexo 1.

Perfil de las trabajadoras entrevistadas en Barcelona y Montevideo

Ciudad	N.º de referencia	Empresa	Edad	Nacionalidad	Nivel educativo	Formación específica en cuidados	
Barcelona	1	A	60	española/ no catalana	graduado escolar	Trabajadora familiar	
	2	A	45	peruana	bachillerato	Auxiliar geriatría	
	3	A	59	española/ no catalana	graduado escolar	Trabajadora familiar	
	4	A	46	española/ no catalana	universitaria sin finalizar	Trabajadora familiar	
	5	A	43	española/ catalana	bachillerato	Trabajadora familiar	
	6	A	43	española/ no catalana	graduado escolar	Trabajadora familiar	
	7	A	50	española/ no catalana	graduado escolar	Trabajadora familiar	
	8	A	47	española/ catalana	Grado Medio	Trabajadora familiar	
	9	A	46	española/ no catalana	graduado escolar	Auxiliar geriatría	
	10	A	58	española/ no catalana	graduado escolar	Auxiliar geriatría	
	11	A	33	española/ no catalana	bachillerato	Auxiliar enfermería, trabajadora familiar	
	12	A	48	venezolana	universitaria completa	Auxiliar geriatría	
	13	A	53	ecuatoriana	universitaria, trabajadora social en Ecuador	Trabajadora familiar	
	14	A	48	española/ no catalana	bachillerato	Trabajadora familiar	
	15	ERROR					
	16	B	52	española/ no catalana	graduado escolar	Trabajadora familiar	

Ciudad	N.º de referencia	Empresa	Edad	Nacionalidad	Nivel educativo	Formación específica en cuidados
	17	B	34	española/ no catalana	bachillerato	Grado medio, auxiliar enfermería, trabajadora familiar
	18	B	42	española/ no catalana	graduado escolar	Trabajadora familiar
	19	B	33	boliviano	universitario odontólogo	Auxiliar geriatría
	20	B	36	española/ no catalana	universitaria licenciada en historia	Auxiliar geriatría
	21	B	60	peruana	bachillerato	Auxiliar geriatría
	22	B	55	española/ no catalana	graduado escolar	Trabajadora familiar
	23	B	55	española / catalana	graduado escolar	Trabajadora familiar
	24	B	34	española/ no catalana	universitaria trabajadora social	Trabajadora familiar
	25	B	51	española/ no catalana	graduado escolar, FP Grado I	FP Grado I auxiliar enfermería, auxiliar geriatría
	26	B	51	peruana	bachillerato	Auxiliar enfermería
Montevideo	27	C	40	uruguaya	ciclo básico incompleto	Escuela Enfermería incompleta
	28	C	51	uruguaya	secundaria completa	Curso auxiliar enfermería y curso empresa
	29	C	32	uruguaya	secundaria incompleta	Curso enfermería Cruz Roja
	30	C	31	uruguaya	secundaria completa	Escuela enfermería completa
	31	C	41	uruguaya	secundaria completa	Curso auxiliar enfermería y curso empresa
	32	C	51	uruguaya	secundaria completa	
	33	C	50	uruguaya	universitario incompleto	Sin formación específica
	34	C	39	uruguaya	universitario incompleto	Sin formación específica
	35	C	54	uruguaya	secundario completo	Curso enfermería y curso de acompañante de empresa
	36	C	39	uruguaya	secundaria incompleta	Curso auxiliar enfermería
	37	C	32	uruguaya	secundaria completa	Curso enfermería universidad católica incompleto
	38	C	44	uruguaya	secundaria incompleta	Curso empresa
	39	C	33	uruguayo	universidad medicina incompleto	Sin formación específica

Ciudad	N.º de referencia	Empresa	Edad	Nacionalidad	Nivel educativo	Formación específica en cuidados
	40	C	51	uruguaya	ciclo básico incompleto	Curso acompañante empresa
	41	D	41	uruguaya	ciclo básico incompleto	Curso acompañante empresa
	42	D	50	uruguaya	primaria incompleta	Sin formación específica
	43	D	56	uruguaya	universitaria técnico fisioterapia	Sin formación específica
	44	D	46	uruguaya	universitaria técnico fisioterapia incompleto	Sin formación específica
	45	D	38	uruguaya	ciclo básico incompleto	Curso acompañante empresa
	46	ERROR				
	47	D	38	uruguaya	ciclo básico incompleto	Sin formación específica

Referencias: A: organización sociedad civil, tamaño medio, Barcelona; B: empresa con fines de lucro, gran tamaño, Barcelona; C: empresa con fines de lucro, gran tamaño, Montevideo; D: empresa con fines de lucro, pequeño tamaño, Montevideo. Fuente: elaboración propia.

Cabe aclarar que cuando se indica que ha existido un ERROR (casos de trabajadoras con números de referencia quince y cuarenta y seis y, se da cuenta de un error de numeración al introducirse la información en el software de análisis de las entrevistas (ATLAS t) utilizado. Dichos errores no altera de forma alguna el análisis llevado a cabo en esta investigación.

Anexo 2.

Perfil formativo de las trabajadoras

Ciudad	Formación específica en cuidados y formación reglada		Referencia de trabajadoras
Barcelona	Formación específica en cuidados	Curso Auxiliar geriatría (350 a 450 horas)	1, 2, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 19, 20, 21, 25
		Curso Auxiliar enfermería (350 a 450 horas)	6, 11, 17, 21, 26
		Curso Trabajadora familiar (600 a 750 horas)	3, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 24
		FPGM Técnico-a en atención socio-sanitaria	4, 25
		FPGM Auxiliar enfermería	4, 8, 25
	Formación inicial (nivel educativo máximo alcanzado)	Nivel terciario (completo e incompleto)	12 Contadora Pública en Venezuela, 13 Licenciada en Trabajo Social en Ecuador, 19 Odontólogo en Perú, 20 Licenciada en Geografía e historia, 24 Licenciada en Trabajado Social
		Nivel secundario (completa e incompleta)	2, 4, 5, 8, 11, 18, 26
Nivel primario (ciclo básico obligatorio completo o incompleto)		1, 3, 6, 7, 9, 10, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 25	
Montevideo	Formación específica en cuidados	Técnica en fisioterapia (terciario)	43, 44,
		Auxiliar enfermería de Escuela Enfermería (terciario)	30
		Auxiliar enfermería Cruz roja u otros centros	29, 31, 33, 35, 36, 37, 45
		Curso acompañante calificado en empresas de acompañamiento	27, 28, 31, 35, 38, 40
	Formación inicial (nivel educativo máximo alcanzado)	Nivel terciario (completa e incompleta)	27 Escuela enfermería incompleta, 29 Escuela enfermería incompleta, 33 incompleto abogada, 34 incompleto abogado, 39 incompleto medicina, 43 técnica en fisioterapia, 44 incompleto técnica en fisioterapia
		Nivel secundario (completa e incompleta)	28, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 41, 45, 47
		Nivel primario (ciclo básico obligatorio completo o incompleto)	40, 42

Anexo 3.

Guía de entrevista a trabajadoras

Dimensiones a ser contempladas

Información personal (edad, nombre, situación familiar y antecedentes de procedencia familiar como la ocupación de los padres)

Sobre trayectoria laboral

- Experiencia laboral anterior a acceso al trabajo de cuidadora remunerada en el servicio de atención
- Motivos de elección del trabajo actual
- ¿Cómo accedió al trabajo actual?
- ¿Desde cuándo trabaja en el actual empleo?
- ¿Por qué trabaja en el actual empleo?

Sobre el trabajo de cuidadora remunerada

- Tareas desempeñadas en el trabajo actual
- Condiciones de trabajo (cantidad de horas trabajadas, salario mensual estimado (valoración del salario, turnos, cobertura de suplencias, organización del servicio, soporte técnico, posibilidades de promoción laboral)
- Valoración del trabajo (aspectos positivos y negativos, dificultades, satisfacciones y desafíos)

Sobre competencias requeridas para el trabajo

- ¿Qué habilidades consideras que el trabajo de acompañante en domicilio requiere? (habilidades personales y habilidades específicas para el trabajo)
- ¿Dónde las aprendiste? ¿Cuáles te faltan? ¿Cómo podrías mejorarlas?
- ¿Tienes formación específica para el cuidado de dependientes? ¿Qué tipo de formación específica se requiere?

Sobre la proyección en el actual trabajo o profesión

- ¿Qué aspectos cambiarías del trabajo para hacerlo más completo?
- Si te ofrecieran otro trabajo, el trabajo ideal, ¿lo aceptarías? ¿En qué caso si y en qué caso no?
- ¿Cómo te imaginas tu vida en diez años? ¿Dónde trabajarás y en qué condiciones?

Anexo 4.

Informantes calificados entrevistados

	Barcelona	Montevideo
ámbito público	Representante Diputación de Barcelona referente SAD Representante del Instituto Nacional de las Cualificaciones Representante Servicios Sociales - Departamento de Bienestar	Representante del Programa Nacional de Discapacidad Representante del Instituto Nacional del Adulto Mayor
ámbito sindical	Referente de Trabajadores/as sector cuidados ccoo	Referente Consejo de Salarios Grupo quince
responsables de recursos humanos en empresas u osc proveedoras servicios de atención	2 responsables de RRHH (uno por empresa u osc)	2 responsables de recursos humanos (uno por empresa u osc)