

El trabajo de cuidado

Natacha Borgeaud-Garciandía (comp.)

Indagar la realidad del cuidado partiendo de las voces de sus actores, ha sido el eje central de la Jornada Científica Pluridisciplinaria «El trabajo de cuidado: de cuidadores y cuidado en el ámbito doméstico e institucional» que, en noviembre 2015, dio origen a este libro.

Contenido

1. Introducción

Natacha Borgeaud-Garciandía

2. Trabajo remunerado a domicilio

Maria José Magliano; Liliana Findling, María Paula Lehner, Estefanía Cirino; Natacha Borgeaud-Garciandía; Helena Hirata

3. Trabajo remunerado en

instituciones Ana Inés Mallimaci Barral; Silvia M. Balzano; Miriam Wlosko, Cecilia Ros

4. El trabajo y la investigación

Pascale Molinier; Patricia Paperman

El trabajo de cuidado

Natacha Borgeaud-Garciandía (comp.)

El trabajo de cuidado

Natacha Borgeaud-Garciandía (comp.)

EDITA **Fundación
Medifé**

COLECCIÓN
HORIZONTES DEL CUIDADO
Dirigida por Natacha Borgeaud-Garciandía

El trabajo de cuidado / Natacha Borgeaud-Garciandía ... [et al.] ;
compilado por Natacha Borgeaud-Garciandía. - 1a ed. - Ciudad Autónoma
de Buenos Aires : Fundación Medifé Edita, 2018.

Libro digital, PDF - (Horizontes del cuidado / Borgeaud-Garciandía,
Natacha; 1)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-46843-0-1

1. Sociología del Trabajo. 2. Ciencias de la Salud. 3. Migración. I.
Borgeaud-Garciandía, Natacha II. Borgeaud-Garciandía, Natacha, comp.

CDD 306.36

La presente publicación recibió el apoyo financiero de la
Unidad Mixta de Investigación, Desarrollo y Sociedades
(UMR DEVSOC, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne).

©2018, Fundación Medifé Edita

Fundación Medifé Edita

Dirección editorial
Fundación Medifé

Editora
Daniela Gutierrez

Directora de Colección
Horizontes del cuidado
Natacha Borgeaud-Garciandía

Equipo editorial
Mario Almirón
Lorena Tenuta
Laura Adi

Diseño original de la colección
Sergio Manela

Diseño colección
Estudio ZkySky

Corrección
María Clara Azucena Nielsen

Diseño maqueta interior y diagramación
Silvina Simondet

www.fundacionmedife.com.ar
info@fundacionmedife.com.ar

De la presente edición:

Se incluyen en este libro los siguientes artículos que fueron ya publicados en su lengua original.

Pascale Molinier (2005): “Le care à l’épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets”, en Laugier, S. y Paperman, P. (dir.) *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris: Raisons Pratiques, EHESS.

Patricia Paperman (2015): “L’éthique du care et les voix différentes de l’enquête” *Recherches féministes*, 28, nro. 1. doi:10.7202/1030992ar

Helena Hirata (2016). “Subjetividade e sexualidade no trabalho de cuidado”, en *Cadernos Pagu*, 46. doi:10.1590/18094449201600460151

Las traducciones del francés y del portugués fueron realizadas por Natacha Borgeaud-Garciandía y el texto de Pascale Molinier fue revisado por Miriam Wlosko.

Índice

Introducción	13
--------------	----

Trabajo remunerado de cuidado a domicilio

Mujeres migrantes y empleo doméstico en Córdoba: luchas y resistencias frente a formas de explotación y violencia laboral María José Magliano	31
Los itinerarios de cuidadores remunerados en el Gran Buenos Aires: estrategias de formación y cuidado de sí Liliana Findling, María Paula Lehner y Estefanía Cirino	57
Intimidad, sexualidad, demencias. Estrategias afectivas y apropiación del trabajo de cuidado en contextos desestabilizantes Natacha Borgeaud-Garciandía	81
Subjetividad y sexualidad en el trabajo de cuidado Helena Hirata	103

Trabajo remunerado de cuidado en instituciones (El caso de la enfermería)

Mujeres migrantes y la gestión de los cuidados. La enfermería en el horizonte laboral Ana Inés Mallimaci Barral	117
Cuidado e identidad en el quehacer enfermero en la Colonia Montes de Oca Silvia M. Balzano	137
La profesión enfermera y el trabajo de cuidado. Puntuaciones de investigación a la luz de la psicodinámica del trabajo y la teoría del <i>care</i> Miriam Wlosko y Cecilia Ros	161

El trabajo y la investigación ante el desafío del cuidado

El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discretos Pascale Molinier	187
La ética del cuidado y las voces diferentes de la investigación Patricia Paperman	211
Sobre las autoras	231

*Dedicamos este libro a Gabriela Luz Arango Gaviria,
quien generosamente contribuyó a su elaboración,
y nos dejó antes de poder leerlo.*

Introducción*

Natacha Borgeaud-Garciandía

La temática del cuidado ha cobrado creciente interés a lo largo de estos últimos años en los medios científicos y universitarios en la Argentina¹, y más generalmente en América Latina. Libros, artículos científicos, *dossiers* temáticos han tenido particular desarrollo en estos últimos años². Su mayor visibilidad en el medio científico resulta en una presencia destacable de la temática en las reuniones científicas (congresos, coloquios, jornadas, mesas redondas), que ahora suelen contar con una (o más) mesa(s) sobre cuidado, las cuales reciben cuantiosas propuestas³.

*Agradezco los consejos siempre pertinentes de Ana Mallimaci tras leer una primera versión de esta introducción.

¹El presente libro nace a partir de una reunión científica que tuvo lugar en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales de Buenos Aires, República Argentina, en noviembre de 2015. La Jornada Científica Pluridisciplinaria “El trabajo de cuidado: de cuidadores y cuidado en el ámbito doméstico e institucional” tuvo como objetivo compartir investigaciones sobre el trabajo remunerado de cuidado realizado en diferentes ámbitos, desde disciplinas diferentes (sociología, antropología, psicología, historia), privilegiando estudios con base empírica que dieran visibilidad a las experiencias y a los relatos de los trabajadores del cuidado. El estudio del trabajo concreto de cuidado, la apertura disciplinaria y la centralidad de las voces de los actores constituyeron la base del encuentro, a la vez que representan algunos de los elementos centrales, e inclusive constitutivos, de los estudios en ciencias sociales que se inscriben en la perspectiva de los estudios del cuidado y encuentran en ella una herramienta de análisis social.

² Por ejemplo, sólo para citar algunos libros y *dossiers* temáticos: Arango Gaviria y Molinier (2011); Salazar, Giménez y Wanderley (2011); Herrera (2013); Hirata y Guimarães (2012), Pautassi y Zibecchi (2013), Gutiérrez Rodríguez y Vega (2014), Batthyány (2015), Arcidiácono *et al.* (2015), Findling y López (2015), Hirata y Debert (2016), Magliano *et al.* (2016), Borgeaud-Garciandía (2017), Esquivel y Pereyra (2017).

³ Si se observa con detenimiento las mesas de los congresos bianuales de la Asociación Argentina de Especialistas del Trabajo (ASET), resulta evidente que la temática del género

Aun así, en el espacio científico su movilización en tanto perspectiva de análisis, en tanto categoría analítica, es todavía poco desarrollada. En el marco del evento científico que convocó a las investigadoras que participan de la presente obra, la perspectiva del cuidado (*care*) hace referencia a un corpus de estudios que empezaron a desarrollarse en los años ochenta, tras la publicación de la obra de Carol Gilligan *In a Different Voice*. La autora, sobre la base de investigaciones empíricas en psicología del desarrollo moral llevadas cabo con mujeres y hombres de diferentes generaciones, puso de manifiesto la existencia de formas de percibir y enfrentar dilemas morales, cuyas características (la valorización de la atención del otro, del aspecto relacional y del contexto) difieren de aquellas que sostienen las teorías del desarrollo moral dominantes, las cuales se apoyan en principios imparciales y abstractos de justicia. Para Gilligan, estas teorías dominantes, lejos de ser neutrales, presentan un sesgo de género. La “imparcialidad” proviene en realidad de experiencias masculinas, que ignoran o desprecian otras experiencias y formas de ver. No permiten escuchar voces morales diferentes, las cuales nacen de experiencias y aprendizajes expresados mayormente por mujeres, aunque no sólo. Esta autora es la primera en proponer una “ética del cuidado” como paradigma alternativo a las concepciones morales clásicas. El libro de Gilligan, incluso a causa de las críticas y los debates que suscita dentro y fuera de los espacios feministas, inauguró nuevos desarrollos en torno al cuidado.

Los aportes de Joan Tronto (1993), en particular, permiten desvincular la ética del *care* de una moral que sería femenina para pensarla como actividad, propia de la especie humana, que no todos ni todas desarrollamos de la misma manera; un trabajo cuyo análisis histórico y presente saca a la luz las profundas desigualdades que caracterizan su distribución social. La autora apunta a la desvalorización del cuidado que resulta históricamente de la división del trabajo moral mediante

aparece recién en el año 2005. La mesa (nº18, que pasará luego a ser nº16, nº14 y nº6) se titulaba entonces “Género, trabajo y mercado laboral”. En 2013 se transforma y adopta el título “Género, trabajo y economía del cuidado” antes de abrir la perspectiva en torno del cuidado y pasar a llamarse “Género, mercado de trabajo y cuidado”, su denominación actual. En 2015 se registraron 20 ponencias, de las cuales más de la mitad trataba sobre trabajos o trabajadores de cuidados y domésticos.

el cual quedó relegado al espacio privado, tradicionalmente asignado a mujeres, encontrándose ambos –el cuidado y las mujeres– desprovistos de legitimidad en el ámbito moral y público. A su vez, Tronto hace de la vulnerabilidad una característica humana, que todas las personas compartimos en menor o mayor medida. No es exclusiva de los grupos más frágiles (niños, ancianos, enfermos) sino que todos dependemos de los cuidados propios y de otros, aunque algunos tienen la posibilidad de ignorarlo y desconocer el trabajo de cuidado que requiere su supuesta autonomía (lo que Tronto llama la irresponsabilidad de los privilegiados). El cuidado se vuelve un valor. Un valor que puede apuntar hacia el desarrollo de una sociedad más justa y democrática. Pero también un valor que circula y genera nuevas y profundas desigualdades a nivel global debido a las migraciones femeninas de cuidado, como evidencian los trabajos de Parreñas (2000) y Hochschild (2001).

Al reconocer la vulnerabilidad antropológica y observar la desigual distribución del trabajo de cuidado –que recae en mujeres, aunque no en todas, y en mayor parte en aquellas que son pobres y/o migrantes y carecen de voz pública legítima–, Tronto contribuye a politizar la reflexión moral, a llevar el análisis del cuidado de las teorías morales a perspectivas sociológicas y políticas sin extraerlas de una reflexión ética. Así, las promotoras de la perspectiva del cuidado en Francia subrayan la “voluntad de no disociar el enfoque sociológico y psicológico del proyecto filosófico de «una ética ‘sin ontología’ desplazada hacia la exploración de prácticas y la inmanencia de la vida ordinaria»” (Molinier, 2012, citando a Laugier, 2005) o –dicho de otra manera– de una “política de lo ordinario” (Laugier, 2009). Esto permite poner el foco en las múltiples desigualdades y las relaciones de poder que genera la división del trabajo de cuidado, recuperando las voces y los saberes de quienes cuidan –voces desautorizadas portadoras de saberes que incomodan. En una reseña de varios libros sobre la ética del cuidado, concluíamos que: “reconocer el cuidado como un trabajo que todos necesitamos y del que todos nos beneficiamos tiene múltiples implicancias. Es autorizarse a interrogar los valores de autonomía e independencia tan valorados en nuestras sociedades; es reflexionar sobre la amplitud de las desigualdades que [el cuidado] acarrea y sobre la imagen que reenvía de nuestra sociedad; es,

también [...] imponer una reflexión sobre el concepto mismo de trabajo. [...] Todo enfoque sociológico del cuidado implica no separar actividad y evaluación de esta actividad y abrirse a temporalidades más largas, inciertas y menos dependientes de nuestras referencias habituales. Alcanzar un conocimiento sociológico del cuidado implica dar la palabra y estar dispuesto a escuchar a aquellas y aquellos que lo realizan, sus experiencias y maneras de contarlas, de tomar en serio las dimensiones morales que movilizan. Aun cuando [...] ese relato y esa escucha no son, ni uno ni otra, fáciles. El desafío es, en múltiples sentidos, considerable” (Borgeaud-Garciandía, Hirata y Makridou, 2010)⁴.

La perspectiva del cuidado no es de fácil abordaje. Cuestiona formas habituales de hacer y de pensar propios de la formación científica en las sociedades occidentales (divisiones fuertemente ancladas entre lo público y lo privado, lo afectivo y lo cognitivo, el trabajo y el “no trabajo”, lo íntimo y lo político, etc.). La transdisciplinariedad del enfoque, la labilidad de sus fronteras y sus múltiples dimensiones hacen del cuidado una perspectiva compleja que puede generar dudas e interrogantes. Esta característica puede percibirse como un inconveniente o inclusive una debilidad, por la sensación de estar en un terreno movedizo sin posibilidad de situarse dentro del campo de realidades y conceptos más familiares. ¿Es lo mismo hablar de cuidado y de actividades de reproducción? ¿Qué actividades, profesiones, o formas de actuar en el mundo pueden integrar los estudios del cuidado? Fisher y Tronto, por ejemplo, abren su definición del cuidado a “todo lo que hacemos en vistas de mantener, sostener o reparar nuestro ‘mundo’ de manera tal que podamos vivir en él lo mejor posible” (1990: 40), abarcando así un amplísimo abanico de actividades que involucran a las personas, las instituciones y todo lo que compone “nuestro mundo”. Esta definición, voluntariamente holística, comprende a los humanos y a sus entornos insertos en redes de cuidado y responsabilidad; se opone a la imagen

⁴ Estos libros fueron: Gilligan Carol (2008 [1982]): *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris: Flammarion; Tronto, Joan (2009 [1993]): *Un monde vulnérable. Pour une éthique du care*. Paris: La Découverte; Paperman Patricia et Laugier Sandra (eds.) (2006): *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris: Éditions de l'EHESS y Molinier Pascale, Laugier Sandra et Paperman Patricia (eds.) (2009): *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Payot & Rivages.

más presente del cuidado que implica dos personas cara a cara. ¿Qué define entonces el trabajo de cuidado? Si se define por poner en su centro la atención al otro, ésta puede estar presente en otros oficios que no se definen como de cuidado. Por ejemplo, hace unos años el diario francés *Le Monde* daba la palabra a trabajadores de empresas de mudanzas. A pesar de la distancia con lo que generalmente se entiende como actividades de cuidado, sus relatos, al resaltar la importancia de tomar en cuenta el momento de particular tensión que atraviesan quienes se mudan, o al poner en escena la centralidad de las relaciones entre las partes, encontraban eco en la perspectiva del cuidado⁵. Para Molinier (2012), que retoma el relato de un escritor francés seropositivo que describe el tacto y la “respuesta apropiada” que tuvieron para con él dos mozos cuando se derrumbó al entrar en el café donde ellos trabajaban, tales ejemplos excluyen que se reserve el cuidado sólo al análisis de las situaciones de cuidado (*soin*).

Ahora bien, si la amplitud de sentidos, perspectivas y disciplinas que abarcan los estudios del cuidado, la polisemia misma del término y la labilidad de sus fronteras pueden ser vistas como debilidad, representan asimismo una fuerza indubitable, en tanto se corresponde más con las dimensiones, sentidos y complejidades de la realidad social. En concreto, permite pensar conjuntamente realidades que tendemos a analizar separadamente (la enfermería, la enseñanza escolar, el empleo doméstico, el trabajo doméstico no remunerado, la medicina, la ecología, las migraciones de cuidado, las políticas públicas o la estructuración de las relaciones sociales en base a las asignaciones de género, “raza”, edad, clase, sexualidad, etc.) pero también a relacionarlas y analizar cómo operan las jerarquías laborales, sociales y morales. Esa amplitud conlleva una gran riqueza científica potencial. En este sentido, se considera que tal complejidad y “fluidez” constituyen la riqueza del concepto de cuidado, abren interrogantes y espacios de discusión y confrontación, plantean desafíos y permiten mantener a quienes se dedican a su estudio en cierto estado de alerta y curiosidad necesarios para investigaciones cuyos objetos movilizan a las sociedades y a los se-

⁵ “Les Français vus par les déménageurs”, *Le Monde*, 16/02/2015.

res humanos en sus diversas dimensiones entrecruzadas. Dicho de otra manera, no se trata de resolver tal complejidad ni simplificar sus posibles impactos sino de trabajar con ellos. Es un campo en tensión y es esa misma tensión la que alimenta la producción de nuevos conocimientos y, a su vez, de nuevas tensiones. Éstas atraviesan los objetos de estudio, sus enfoques y la necesaria interdisciplinariedad, se confrontan con las representaciones y las “defensas dominantes” (véase Molinier en el presente volumen), pero también irrumpen, en voz de Patricia Paperman (véase su contribución en este libro), en la propia manera de encarar un objeto de estudio y, de allí, producir conocimiento sobre la base de lo que la autora define como una perspectiva feminista, ética y política del cuidado.

Una observación necesaria concierne a la traducción del término inglés *care* y sus posibles definiciones. La problemática de la traducción reenvía directamente a la multiplicidad de facetas del cuidado que abarca este término en inglés, y que no se reflejan adecuadamente en otros idiomas (como, por ejemplo, en francés). Algunos autores hacen hincapié en las deficiencias que presenta la traducción española “cuidado” (Martín Palomo, 2008; Carrasco *et al.*, 2001). Sin embargo, las palabras “cuidado” y “cuidar” sí abarcan diversas dimensiones que reenvían a la complejidad intrínseca de la actividad. Se consideran por ello términos apropiados para dar cuenta del término polisémico y complejo *care*. Provenientes el latín *cogitātus* y *cogitare* (pensamiento, pensar), sus definiciones comprenden tanto la dimensión cognitiva (el cuidado como anticipo y esmero que se pone en la ejecución de una acción), la dimensión moral (la preocupación, solicitud y atención para hacerla bien, disposición que reenvía a su vez a la responsabilidad que implica)⁶, la dimensión práctica (es una acción, es hacer algo que contribuye a mejorar o mantener la vida o las condiciones de vida de otros).

Llamativamente, la palabra “cuidado” en español no incluye directamente la idea de “querer”. Si bien algunas acepciones de las expresiones inglesas “*to care about*” (preocuparse o querer) y “*to care for*” (cuidar de o querer) reenvían al aspecto afectivo, éstas no se traducen en español

⁶ Sobre la centralidad de la responsabilidad en el trabajo de cuidado, véase Borgeaud-Garcandía (2017).

con la palabra cuidado o cuidar, sino directamente “querer”. Este aspecto resulta particularmente interesante. En efecto, como lo observa Pascale Molinier (2005), cuidar es producir un trabajo que participa de la preservación de la vida del otro, no implica necesariamente quererlo. Y, en todo caso, no implica necesariamente quererlo antes de desarrollar las actividades de cuidado. Sin embargo, volviendo a las definiciones, la dimensión afectiva –pero que es antes que nada una dimensión moral– aparece en negativo en la locución “traer o tener a alguien sin cuidado”, que remite a la idea de indiferencia. Si no es necesario querer para cuidar, ¿será posible cuidar, o cuidar “bien”, sintiendo indiferencia por las necesidades o bienestar del otro? ¿No se inmiscuye justo allí el peligro de la cosificación del asistido, con sus consecuencias en términos de salud (para el asistido) y de amenaza psíquica (para quien lo cuida)?

La idea de “trabajo de cuidado” se focaliza a la vez en la centralidad del trabajo (tanto a nivel individual subjetivo como social), en el cuidado como trabajo (el cuidado que, siguiendo a Tronto, se define antes que nada como una actividad), y finalmente en la centralidad del trabajo de cuidado para la reproducción de las personas, las familias, los grupos sociales y las sociedades. El trabajo de cuidado abre un abanico de estudios que atraviesan y vinculan diferentes niveles de análisis, desde lo micro-social hasta procesos globalizados, desde los procesos subjetivos de los cuidadores confrontados con su trabajo, hasta las migraciones transnacionales, pasando por la división del trabajo (remunerado o no, doméstico, familiar, social, nacional, internacional), la estructuración del mercado laboral o las políticas públicas, poniendo de manifiesto las líneas de fuerza sociales, culturales, económicas y políticas que sostienen la organización social del cuidado y su distribución. El presente volumen se inscribe en una tradición científica que nace en los Estados Unidos con la ética del *care* y los trabajos pioneros de Carol Gilligan, pero más particularmente con los desarrollos posteriores de Joan Tronto, y se concentra en Francia en torno a una aprehensión del “trabajo de cuidado” partiendo de las voces de los cuidadores⁷.

⁷ Sobre esta filiación, ver por ejemplo Borgeaud-Garciandía (2017: capítulo 1) y Molinier y Legarreta (2016).

Conocer la realidad del trabajo de cuidado implica partir de los relatos en primera persona de quienes se dedican a esa tarea. Partir de la voz de los actores resulta absolutamente ineludible para indagar no sólo las representaciones y sentidos a los que da lugar, sino la complejidad intrínseca de la tarea que entremezcla saberes materiales, técnicos, corporales, relacionales, cognitivos, afectivos, y remite a la condición humana que nos hace mortales, vulnerables y dependientes. Partir de los actores ayuda a evitar caer en la trampa de la naturalización de conocimientos y afectos implicados en el trabajo. No se defiende una visión romántica del cuidado. Cuidar es entrar en conflicto –con uno mismo, la propia tolerancia y el cansancio; con las resistencias de los beneficiarios; con la familia o los colegas, con las instituciones, con la organización del trabajo. Y (tratar de) superarlo.

El libro se organiza en tres partes. La primera parte concierne al trabajo de cuidado brindado en el ámbito doméstico por empleadas domésticas y de cuidado⁸. Se trata de empleos que se desarrollan en los domicilios de las personas (empleadores, asistidos) atendidas, o sea en el espacio privado de otro, y que se realiza de manera individual, sin la presencia en el espacio de trabajo de colegas.

De los textos que componen esta primera parte, y a pesar de las diferencias en términos de espacios concretos y perspectivas, se destacan temáticas transversales y eminentemente centrales en el análisis de este tipo de empleos. Se impone la presencia de las mujeres migrantes en empleos que aparecen como nichos laborales para las trabajadoras extranjeras latinoamericanas (en particular de Paraguay, Perú y en menor medida Bolivia). O sea que existe una correlación entre empleos dedicados al cuidado del hogar y de las personas, sus condiciones de desarrollo (los textos insisten en la precariedad laboral que caracteriza su desempeño) y quiénes lo realizan: casi exclusivamente mujeres –provenientes de sectores populares y/o de migraciones internas o extranjeras– poniendo a la luz las relaciones y tensiones que estructuran el sector en términos de género, de clase social y de atributos “raciales”

⁸ En los cuatro trabajos presentados, hay un solo hombre, por lo que elegimos generalizar y emplear directamente el femenino.

reales o supuestos. La dinámica de coproducción de las relaciones sociales de género, clase y “raza” aparece de manera paradigmática en estos empleos (Kergoat, 2009). La desvalorización social del trabajo se nutre de la desvalorización social de las trabajadoras; la división social del trabajo se apoya en la dinámica de estas relaciones, contribuyendo al proceso de naturalización social que asocia estos empleos con un perfil de cuidadora particularmente estereotipado.

Otra temática que atraviesa las diferentes situaciones de trabajo de cuidado domiciliario presentadas, y que resulta central a la hora de su análisis, radica en la ambigüedad característica de su desempeño y sus significados, que refuerza la falta de reconocimiento del trabajo realizado. Estas ambigüedades se apoyan en la íntima vinculación del trabajo de cuidado con los afectos (y el peso que juegan en relaciones interpersonales), vinculación que aparece tanto en los relatos de los asistidos como en los de las cuidadoras, aunque con matices diferentes. Para los primeros, los afectos tienden a desplazar la idea de cuidado como trabajo, inclusive pueden llegar a anularla –como esa señora anciana que le dice a su cuidadora como muestra de reconocimiento: “Usted no es una persona que trabaja, es mi compañera” (véase la contribución de Findling *et al.*); para las cuidadoras, los afectos pueden al contrario representar la prueba de su buen desempeño. Estas ambigüedades se alojan en la asociación del trabajo de cuidado con el don, la ayuda, que se da de manera personal en el hogar de otro, lo cual dificulta su traducción en valores monetarios e incide en las tensiones y pujas –explícitas o implícitas–en torno al reconocimiento económico del trabajo. Ambigüedades que alimentan a su vez la naturalización anteriormente descrita.

La necesidad de contar con relatos subjetivos se impone en tanto la complejidad y ambigüedad de su desempeño resultan propiamente inaccesibles por otros medios. Estos relatos no se limitan al trabajo en sí sino a contextos vivenciales más amplios que atestiguan cómo las representaciones y significados laborales son fruto de las experiencias de vida de las trabajadoras, alimentan sus acciones individuales y eventualmente colectivas, cotidianas o el marco de reivindicaciones particulares, que a su vez producen cambios en la mirada subjetiva que ofrecen de su trabajo y su evolución en el tiempo.

Cuatro textos conforman esta primera parte del libro. María José Magliano analiza las formas de resistencias y de movilización desplegadas por empleadas domésticas peruanas que trabajan en la ciudad de Córdoba. A las resistencias individuales, que se despliegan en el lugar de trabajo por un mayor reconocimiento de su actividad, se suma un análisis de la búsqueda que manifestaron algunas de estas cuidadoras por movilizarse en marcos colectivos mediante la participación en sindicatos que representan el sector. La movilización se arraiga en el trabajo, a la vez que se estructura en torno la pertenencia migratoria. Asimismo, los sindicatos deben integrar la condición migratoria de parte de las trabajadoras y buscar estrategias para llegar a ellas, ya que constituyen grupos importantes dentro del sector del empleo doméstico. La autora vincula trayectoria personal, proyecto migratorio y familiar, inserción laboral en la Argentina y movilización en pos de alcanzar un reconocimiento de su trabajo a partir de los derechos y deberes que generan.

Liliana Findling, María Paula Lehner y Estefanía Cirino presentan algunos resultados de una investigación que abarcó a trabajadores del cuidado domiciliario, que en este caso recibieron una capacitación a través de instituciones públicas. Las autoras analizan las concepciones que estos trabajadores tienen de diversas facetas de su trabajo, como las formas de contratación, la utilidad de recibir una capacitación – aunque no de cualquier institución, calificando este tipo de formación, en palabras de una entrevistada, como “el negocio del momento”–, el significado mismo del trabajo y los efectos de esta dedicación en la salud y el bienestar propios. La capacitación sin duda influye en la mirada de los trabajadores, que la juzgan necesaria a la hora de confrontarse con la realidad del trabajo –mientras las cuidadoras que se formaron trabajando (que no recibieron capacitación externa) tienden a considerar que no es útil– a la vez que cumple un papel en las proyecciones laborales posibles, integrando la dinámica de la trayectoria laboral. A pesar de permitir ubicarse mejor en un rol profesional técnico, emergen en sus relatos las ambigüedades propias del trabajo de cuidado, tironeado entre sus aspectos materiales, concretos, descriptibles; el peso del afecto (real, supuesto, impuesto) y el “trabajo emocional” que implica su desempeño (Hochschild, 2003).

El aporte de Natacha Borgeaud-Garciandía focaliza el trabajo de cuidado domiciliario realizado “sin retiro”, con personas mayores altamente dependientes y en contextos que suponen la confrontación de las cuidadoras –todas ellas migrantes– con elementos perturbadores y potencialmente desestabilizantes: la intimidad, la sexualidad y la demencia senil de los asistidos. La autora busca, a partir de situaciones que se pueden considerar como “extremas”, resaltar aspectos del trabajo de cuidado que también pueden manifestarse en menor medida en situaciones menos ansiogénicas. Se analiza cómo las trabajadoras se protegen, y resignifican su trabajo ante la amenaza de sufrimiento que conlleva tal confrontación, enmarcando su desempeño en un conjunto de relaciones sociales que no se limitan al cara a cara entre la cuidadora y la persona asistida e influyen en la elaboración subjetiva del trabajo (destacándose el rol de los familiares).

Estos tres textos, que fueron presentados en la Jornada Pluridisciplinar sobre Trabajo de Cuidado de la FLACSO, se complementan con un artículo traducido de la destacada especialista en género y en trabajo de cuidado, Helena Hirata, sobre lo que representa un punto ciego de los estudios, sean psicológicos o sociológicos, del cuidado y de la teoría del cuidado (Molinier, 2009): la sexualidad. El tabú que acompaña esta dimensión del trabajo de cuidado, tanto en lo que afecta a la persona que cuida como a la persona cuidada y la relación de cuidado que las une, marca su análisis a punto tal que, retomando a la autora, salvo en “rarísimas excepciones”, su ausencia es notable. Partiendo de una investigación llevada a cabo en tres países (Brasil, Francia, Japón), la autora muestra la centralidad de la sexualidad para el análisis subjetivo del trabajo de cuidado y para reflexionar sobre la calificación y la capacitación.

Tres contribuciones integran la segunda parte del libro. Las tres enfocan el cuidado enfermero, pero partiendo de perspectivas y objetos diferentes que, articulados y complementarios, atestiguan la complejidad que reviste el objeto compartido. En la Argentina se ha iniciado en los años 1990 un proceso de cambios profundos en el oficio de enfermero, hacia su mayor profesionalización. Estos cambios actúan en profundidad sobre los profesionales que buscan situarse, así como definir y legitimar su trabajo en este nuevo contexto. La profesionalización del

trabajo enfermero, la centralidad del cuidado en la definición del oficio, la delegación del trabajo más desvalorizado, la carencia crónica de personal –que no por ello se traduce en un mayor reconocimiento de los que ejercen, sino al contrario y paradójicamente por una persistente falta de reconocimiento de su labor– son algunos ejes transversales de las contribuciones presentadas. La búsqueda por reconocerse colectivamente sobre la base del trabajo se traduce por la introducción en los relatos de dicotomías de tipo “nosotros” versus “ellos”, pero donde ese “nosotros” y “ellos” varían en función de cada contexto específico y tienen efectos diferentes tanto en el colectivo que busca construirse de esta manera como en quienes son excluidos del mismo.

Ana Mallimaci muestra como una de esas dicotomías opera inclusive previamente a la incorporación profesional. En efecto, a diferencia de los estudios más habituales sobre migración transnacional de enfermeras, la autora estudia la enfermería como opción laboral que se presenta para algunos y algunas migrantes ya residentes en Argentina. En el análisis de Mallimaci se cruzan las representaciones tanto de las estudiantes extranjeras como de sus homólogas argentinas, en un contexto de fuerte desvalorización del trabajo enfermero y de tensiones por hallar formas de reconocimiento. En este contexto, la lucha de las mujeres migrantes por hacerse un lugar en este oficio, así como las valoraciones positivas que tiene en sus trayectorias individuales y familiares, choca con las fuertes resistencias provenientes del medio (docentes, jefes, estudiantes), el cual desplaza la problemática de la falta de reconocimiento del trabajo en las migrantes que –siguiendo la lógica de este proceso colectivo de naturalización– elijen el oficio por utilitarismo (*versus* vocación), muestran actitudes de servidumbre (*versus* profesionalismo) y bajan el nivel de la formación, influyendo directamente en la deslegitimación del sector. El análisis ilustra la dinámica y las tensiones que se generan en torno a la división a la vez social, genérica y racial del trabajo, sus efectos, y los procesos de naturalización a los que da lugar.

La contribución de Silvia Balzano enfoca el quehacer y la construcción identitaria del colectivo enfermero en el contexto particular de una institución neuropsiquiátrica cuyos pacientes residen allí en pro-

medio 20 años. Se trata de trabajadores que se desempeñan con personas socialmente estigmatizadas, por tiempos largos, en un momento particular de grandes cambios debidos a la vez al proceso de profesionalización enfermera y al proceso de desmanicomialización. Estos cambios generan cuestionamientos en relación con el trabajo mismo y sus significados, así como resistencias dentro de una profesión en proceso de transformación y afirmación de una identidad propia, la cual, en este contexto, se da en oposición a otras profesiones que actúan en la misma institución. El cuidado (en el sentido de cuidar y no sólo de curar, de proteger una población por definición vulnerable), el compromiso con el otro –el “loco” estigmatizado y estigmatizante– en su totalidad, adquiere un significado central en la construcción de una identidad colectiva.

Esta construcción de un colectivo de trabajo no parece poder lograrse o se logra *par défaut* (con base en ideologías defensivas) en los contextos hospitalarios analizados por Cecilia Ros y Miriam Wlosko, que se caracterizan por la falta de personal y gestiones hospitalarias que se traducen en una sobrecarga de trabajo y altos niveles de conflictividad. Ros y Wlosko se sitúan en la perspectiva de la psicodinámica del trabajo, a partir de la cual buscan desentrañar los efectos e impactos de estos contextos en los profesionales de la salud y su trabajo. Si la carencia de personal, la desvalorización del oficio y la falta de reconocimiento del trabajo se imponen como una constante, las maneras de resolverlo son diversas y tributarias de la organización del trabajo y las condiciones de desempeño. ¿Qué pasa cuando la cooperación no funciona, cuando las defensas colectivas no operan, cuando no se puede elaborar colectivamente el sufrimiento? Aquí, la conflictividad se desplaza hacia los pares mediante “estrategias colectivas de alianza por exclusión” y las dicotomías operan dentro del mismo colectivo, hacia todo aquel o aquella que no responde a las reglas informales y tácitas que estructuran negativamente al colectivo. Y sin duda tiene repercusiones tanto en su desarrollo subjetivo como en su capacidad de elaborar y responder a las necesidades de cuidado de los pacientes.

En la tercera y última parte se ofrece a lectores y lectoras no francoparlantes textos traducidos al español de dos importantes figuras de

los estudios del cuidado en Francia, y en particular del trabajo de cuidado. Patricia Paperman, conjuntamente con Sandra Laugier, son las coordinadoras del libro que, en el año 2005, lanzó la dinámica de los *care studies* en ese país y abrió paso al importante desarrollo que conocen, desde entonces, estos estudios. Paperman ofrece en su texto una reflexión que, en continuidad con los trabajos de Gilligan y de Tronto, afronta directamente la temática de un análisis feminista de la ética del cuidado y sus repercusiones metodológicas y epistemológicas. Invita a reflexionar sobre las divisiones que imperan en la producción académica, la cual responde al orden dominante y contribuye a segmentar el análisis del cuidado, opacando el proceso de su organización social e invisibilizando la dimensión política de la ética del cuidado.

Pascale Molinier es una de las precursoras de los análisis del trabajo de cuidado en Francia desde la psicodinámica del trabajo, que privilegia el estudio de los procesos subjetivos que sostienen la relación con el trabajo. Partiendo de las investigaciones sobre las enfermeras y auxiliares de enfermería, afronta y analiza la complejidad de las ambigüedades del trabajo de cuidado, la particularidad de las defensas colectivas que las cuidadoras desarrollan en torno a la compasión y al humor, y la consecuente invisibilidad e inaudibilidad de sus relatos y experiencias en el espacio público. Una reflexión profunda que obliga a pensar en los efectos y riesgos que contienen los principios de la gestión hospitalaria, que tiende a desarrollarse en el sector de la salud en muchos países del mundo.

Antes de dejarle el lugar a las autoras, me permito unas palabras de agradecimiento a las personas e instituciones que apoyaron el desarrollo de la Jornada Pluridisciplinaria sobre “Trabajo de cuidado: de cuidadores y cuidado en el ámbito doméstico e institucional” e hicieron posible la publicación del presente libro. A la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales que brinda espacio, material y apoyo técnico para el desarrollo de los eventos científicos, y muy especialmente a María Julieta Oddone, directora del Programa Envejecimiento, con quien he podido contar en todo momento y circunstancia. Agradezco a las expositoras de la Jornada que compartieron los resultados de sus investigaciones, buscando poner en común sus hallazgos para reflexionar juntas –y beneficiándonos con la agudeza de los aportes de las comentaristas

María Julieta Oddone y María Cristina Chardón- sobre el objeto que nos reunía: el trabajo de cuidado. Asimismo, han trabajado con mucha seriedad sus contribuciones para que integren el presente libro y poder compartirlas con un público más amplio. A las expositoras se suman las investigadoras francesas que nos han confiado sus aportes para ser traducidos en este libro y puestos a disposición de lectores hispanófonos. A todas les agradezco el compromiso. Quisiera asimismo agradecer sentidamente a los evaluadores anónimos que aceptaron desinteresadamente ofrecer su tiempo y conocimientos para que cada texto pueda alcanzar su mayor calidad. Gracias por la responsabilidad y el rigor con los que trabajaron. Se agradece a Fundación Medifé, por confiar en este proyecto. Y a Daniela Gutiérrez, pilar de la edición, sin quien este libro nunca hubiera visto la luz.

Referencias

Arango Gaviria L.G. y Molinier P. (eds) (2011): *El Trabajo y la Ética del Cuidado*. Medellín: La Carreta Editores, Universidad Nacional de Colombia.

Arcidiácono et al. (2015): Dossier: “El cuidado como práctica política y socio-cultural”, *Argumentos. Revista de Crítica Social*, n° 17.

Borgeaud-Garciandía, N. (2017): *Puertas adentro. Trabajo de cuidado domiciliario a adultos mayores y migración en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Teseo.

Borgeaud-Garciandía, N., Hirata H. y Makridou, E. (2010): “Note de lecture sur Gilligan, Tronto, Paperman, Laugier et Molinier”, *Cahiers du Genre*, n° 49.

Carrasco C., Borderías C. y Torns T. (2001): *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Debert G., Hirata H. (2016): Dossier: “Género e Cuidados”, *Cadernos Pagú*, n°46.

Esquivel V. y Pereyra F. (2017): Dossier: “Trabajadoras y trabajadores del cuidado en Argentina”, *Trabajo y Sociedad*, n°28.

Findling L., López E. (comp.) (2015): *De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas*. Buenos Aires: Ediciones Biblos “Sociedad y Salud”.

Fisher, B. y Tronto, J. (1990): “Towards a Feminist Theory of Caring”, en Abel, E. y Nelson, M. (dir.) *Circles of Care*. Albany: SUNY Press.

Gilligan, C. (1982): *In a different voice: psychological theory and women development*. Cambridge: Harvard University Press.

Guimarães, N., Hirata, H. (2012): *Cuidado e cuidadoras. As varias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas.

Hochschild, A. R. (2001): "Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional", en Giddens A., y Hutton H. (eds), *En el Límite. La Vida en el Capitalismo Global*. Barcelona: Tusquets.

Hochschild, A. R. (2003): "Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale", *Travailler*, n° 9. Traducción de: "Emotion work, feeling rules, and social structure", *The American Journal of Sociology*, 85(3), 1979.

Kergoat, D. (2009): "Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux", en Dorlin, Elsa (ed.) *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*. Paris: Puf.

Laugier, S. (2005): "Care et perception, l'éthique comme attention au particulier", en Laugier, S. y Paperman, P. (dir.) *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris: Raisons Pratiques, EHESS.

Laugier, S. (2009): "L'éthique comme politique de l'ordinaire", *Multitudes*, vol. 37-38, n° 2.

Laugier, S. y Paperman, P. (dir.) (2005): *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris: Raisons Pratiques, EHESS.

Magliano, M.J., Perissinotti, M.V., Zenklusen, D. (comps.) (2016): *Los nudos ciegos de la desigualdad. Diálogos entre migraciones y cuidado*. Córdoba, Argentina: CONICET.

Martín Palomo M. T. (2008): "Domesticación' del trabajo. Una propuesta para abordar los cuidados", en Rodríguez Martínez P. (eds.), *Mujeres, trabajos y empleos en tiempos de globalización*. Barcelona: Icaria.

Molinier P. (2009): "Quel est le bon témoin du care?", en Molinier P., Laugier S., Paperman P. (dir.). *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Payot & Rivages.

Molinier, P. (2012): "Éthique et travail du care", Centro de Estudos da Metrôpole, Texto para discussão n°013. Disponible en: http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/antigo/static/uploads/013_2012_%20pascale_molinier.pdf

Molinier, P., Legarreta, M. (2016): "Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político", *Papeles del CEIC*, vol. 2016/1.

Parreñas, R. S. (2000): "Migrant Filipina Domestic Workers and the International Division of Reproductive Labor", *Gender and Society*, vol. 14, n° 4.

Pautassi, L. y Zibecchi, C. (coord.) (2013): *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires: Biblos.

Salazar, C., Jiménez, E., Wanderley, F. (2011): *Migración, cuidado y sostenibilidad de la vida*. La Paz: CIDES-UMSA, Plural Editores.

Tronto, J. (1993): *Moral boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. London: Routledge.

Trabajo remunerado de cuidado a domicilio

Mujeres migrantes y empleo doméstico en Córdoba: luchas y resistencias frente a formas de explotación y violencia laboral

María José Magliano

Introducción

El propósito de este capítulo es indagar en las trayectorias laborales en el empleo doméstico de mujeres migrantes de origen peruano en la ciudad de Córdoba, atendiendo a dos dimensiones centrales: en primer lugar, las dinámicas de explotación, invisibilidad y precarización que estas enfrentan y, en segundo lugar, las luchas y resistencias que se despliegan en pos de la disputa por aquellas dinámicas. En particular, nos detendremos en las actividades laborales que reúnen a la mayoría de las mujeres peruanas: las tareas de cuidados en hogares, ya sea la manutención de la casa o el cuidado de niños y ancianos, reconociendo las movilidades, circulaciones y solapamientos entre estas tareas.

Esquemáticamente, la migración peruana hacia la Argentina en general y a la ciudad de Córdoba en particular se ha caracterizado por ser un fenómeno urbano y feminizado que adquiere mayor dinamismo a partir de la década del noventa del siglo XX (Falcón y Bologna, 2013; Rosas, 2010). Entre las mujeres peruanas, tanto a nivel nacional como local, el empleo doméstico ha funcionado como la principal inserción laboral. Es más, estadísticamente, casi la mitad de las mujeres que llegan desde los países de la región a la Argentina, con especial referencia a las de origen paraguayo y peruano, se desempeña en esta actividad

(Maguid, 2011: 127). En un contexto más general, el empleo doméstico ha sido un nicho de trabajo tradicional para las mujeres de los sectores populares en las ciudades argentinas –incluyendo a las migrantes internas y de la región sudamericana– desde mediados del siglo XX en adelante (Canevaro, 2013; Groisman y Sconfienza, 2013; Jelin, 1976; Maguid, 2011; Marshall, 1979)⁹. En Córdoba en particular, del total de trabajadoras domésticas, el cincuenta y uno por ciento son nacidas en la ciudad, el treinta y nueve por ciento son migrantes internas (tanto del interior de la provincia como del resto del país, en especial de las provincias del norte) y el diez por ciento son migrantes de la región sudamericana (de las cuales más del cincuenta y cinco por ciento son peruanas)¹⁰. A su vez, contemplando el total de trabajadoras domésticas, ya sean migrantes de la región sudamericana, migrantes internas y “nativas”, el setenta y siete por ciento no están registradas, es decir, se encuentran trabajando de manera informal (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2015: 105). Por otra parte, y recogiendo ahora los datos del Sindicato del Personal de Casas de Familia (SINPECAF) de la provincia de Córdoba¹¹, del total de trabajadoras registradas solo el diez por ciento están sindicalizadas.

El trabajo de campo muestra a la vez la existencia de aspectos coincidentes y contrastes en relación con el universo de las empleadas domésticas peruanas en Córdoba. Respecto de los primeros encontramos: el origen urbano de la migración (la inmensa mayoría proviene de centros urbanos peruanos, aun cuando muchas de ellas experimentaron una migración interna previa hacia esas ciudades); la edad (todas ellas arribaron para trabajar como empleadas domésticas entre los 20 y 30 años de edad); las posibilidades de inserción en el trabajo doméstico se activan a partir de la migración (la gran mayoría no se dedicaba a esta

⁹ Pese a que nuestra investigación se ha concentrado en las especificidades de las migraciones internacionales, es importante reconocer las similitudes en las vivencias y trayectorias de ciertas migraciones internas y aquellas de la región sudamericana.

¹⁰ Según datos del último Censo Nacional, realizado en 2010, del total de la población extranjera que vive en la ciudad de Córdoba, cerca del ochenta por ciento proviene de América Latina. Los grupos mayoritarios son el peruano (cuarenta y cuatro por ciento), seguido por el boliviano (veintiocho por ciento) y el paraguay (seis por ciento) (INDEC, 2010).

¹¹ El SINPECAF, el cual es administrado por trabajadoras domésticas, funciona en Córdoba desde el año 1963.

ocupación en Perú); la maternidad y los hijos actúan sobre las posibilidades y modalidades de inserción laboral, al mismo tiempo que pueden incidir en la movilidad hacia otro sector del mercado de trabajo; y un importante conjunto de estas mujeres ha sido pionera de la migración, encabezando el proyecto migratorio que luego movilizaría en algunas ocasiones a la familia. En relación con los contrastes, encontramos principalmente diversas cualificaciones laborales y niveles educativos alcanzados previo a la migración (mujeres con título universitario, terciario, secundario completo y algunas –pocas– que no terminaron la escuela primaria comparten el empleo doméstico como inserción laboral en Córdoba). Esta diversidad actúa directamente sobre la subjetividad como trabajadoras, las posibilidades de sus proyectos migratorios y, también sobre los procesos de politización que estas mujeres activan en el marco de luchas por el cumplimiento de derechos laborales.

En este escenario, buscamos articular las principales especificidades de esta inserción laboral y las formas de resistencias que las migrantes despliegan en sus prácticas cotidianas. Estas prácticas, individuales y colectivas, expresan que no son actores pasivos ante las lógicas de dominación y explotación a las que se ven sometidas, sino que, por el contrario, pueden llegar a desafiar, impugnar e incluso transformar esas lógicas. Entre esas prácticas, figuran los modos de nombrar a la actividad que realizan. Muchas de las empleadas domésticas, en especial quienes participan políticamente en la defensa de derechos vinculados al trabajo (tanto migrantes de la región sudamericana como migrantes internas y “nativas”), optan por la categoría “trabajo de casas particulares” antes que “trabajo doméstico” para hacer referencia a su actividad laboral. Este posicionamiento recupera lo estipulado en la Ley N° 26.844, sancionada en el año 2013, donde se nombra a esta ocupación como “trabajo de casas particulares”. A los fines organizativos, en este trabajo se utilizará la categoría “trabajo/empleo doméstico”, sin desconocer la carga simbólica e incluso las resistencias que existen en torno a las formas de “nombrar” esta ocupación¹².

¹² Por carga simbólica nos referimos a los sentidos políticos e ideológicos de la propia categoría de “empleo doméstico” en el marco de la reproducción de formas de dominación y de relaciones asimétricas de poder.

El texto se organizará en cuatro apartados. En el primero de ellos, recorreremos la delimitación teórica y el marco metodológico del capítulo. En el segundo, indagaremos en las especificidades de la articulación entre empleo doméstico y migraciones femeninas, prestando especial atención a las implicancias de la irregularidad migratoria y la informalidad laboral en esa articulación. En el tercer apartado, describiremos brevemente el marco jurídico que contiene al empleo doméstico en la Argentina con el propósito de reflexionar sobre los sentidos de las luchas por las condiciones laborales que impulsan trabajadoras domésticas migrantes (y no solo ellas). Por último, analizaremos los desafíos que suponen los procesos de agenciamiento político dentro del universo del empleo doméstico, a partir de algunas de las singularidades de las prácticas políticas que activan mujeres migrantes, en este caso de origen peruano, en la ciudad de Córdoba.

Sobre los contornos teórico-metodológicos

En pos de abordar el objeto de indagación que orienta este estudio, recuperamos los aportes teóricos de la interseccionalidad y la autonomía de las migraciones. La primera ofrece herramientas para reflexionar sobre la diversidad de experiencias y posiciones no sólo entre mujeres y varones, sino también entre las propias mujeres (y los varones). Las preocupaciones en torno a la interseccionalidad comienzan a desarrollarse desde los movimientos de feministas negras en los Estados Unidos en su intento por deconstruir las categorías “mujeres” y “negras”. Los trabajos pioneros de Crenshaw (1991) y Hill Collins (1993) pusieron de manifiesto que la raza, la etnicidad y el género son socialmente construidos, de manera que constituyen identidades individuales así como también principios de organización del sistema social¹³. Así pues,

¹³ En este trabajo, la categoría “género” expresa las relaciones y jerarquías de poder basadas en las diferencias socialmente construidas entre lo “femenino” y lo “masculino”. La categoría “raza” y los procesos de racialización hallan su fundamento en formas de dominación ancladas en la historia colonial y en los propios recorridos de las historias nacionales (Segato, 2007: 23). La etnicidad y los procesos de etnización, finalmente, se basan en jerarquías que se configuran en torno a aspectos culturales. La raza, al igual que ciertas categorías étnicas,

estos estudios enfatizan que “el género no existe de forma aislada sino que es siempre parte de un esquema en que la raza, la nacionalidad, la integración ocupacional y las posiciones de clase socioeconómica se relacionan de modo particular, y el análisis de todo ello refleja los matices de dicha interseccionalidad” (Hondagneu-Sotelo, 2007: 426). En el campo de indagación sobre migración y trabajo, específicamente, la interseccionalidad resulta potencialmente útil para examinar los sentidos e implicancias del mercado laboral en la vida de los migrantes, en tanto la articulación de clasificaciones sociales (sean de género, etnicidad, raza, clase, nacionalidad, etc.) producen subordinación respecto al trabajo, a la vez que justifican y naturalizan su inserción en actividades concretas, en general inestables, mal pagas e informales (Kerner, 2009: 193). Ciertamente, el interés por el tema del trabajo doméstico, en tanto nicho laboral principal para las mujeres migrantes, ha ocupado un lugar de relevancia académico, especialmente en el escenario de las migraciones sur-norte (Catarino y Oso, 2000; Duffy, 2007; Escrivá, 2000; Gutiérrez-Rodríguez, 2013; Hondagneu-Sotelo, Estrada y Ramírez, 2011; Parreñas 2001, Pérez Orozco, 2014), poniendo en el centro del debate al ámbito “privado” del hogar en tanto “lugar social en el que se intersecan una amplia variedad de prácticas de clase, género, raza, sexo, etc.” (Gibson-Graham, 1996: 68)¹⁴. En el marco de las migraciones sur-sur, haciendo especial referencia a los procesos que se gestan al interior de América Latina, son menos abundantes los trabajos que abordan las especificidades de la relación entre empleo doméstico y migración femenina (Borgeaud-Garciandía, 2015; Dutra, 2013; Goldsmith, 2007; Magliano, 2015). Pese a reconocer los contrastes en torno a esa relación en distintos contextos socio-históricos, ya sean en las movilidades sur-norte como sur-sur, un amplio conjunto de los estudios señala que si bien el empleo doméstico –ampliamente feminizado y racializado– constituye una pieza esencial del funcionamiento de las sociedades a

es una construcción simbólica que se utiliza en ciertas circunstancias socio-políticas como criterio de definición y delimitación de grupos humanos (Stolcke, 2000: 18).

¹⁴ El campo de los estudios sobre trabajo doméstico remunerado y migración femenina ha sido muy prolífico desde las últimas décadas. En tal sentido, la selección de textos realizada no intenta ser exhaustiva ni tampoco reconstruir el completo estado de la cuestión de este campo de estudios.

nivel global, ha sido históricamente desvalorizado y las personas que lo han realizado, excluidas de derechos.

Es precisamente el análisis de esa exclusión y las formas de resistencias que habilita lo que nos acerca a la autonomía de las migraciones, en tanto perspectiva que reflexiona sobre las experiencias que involucran diferentes aspectos de la subjetividad migrante. A partir de la observación de los movimientos y conflictos de la migración, se priorizan las prácticas, los deseos, las expectativas y los comportamientos de los propios migrantes, concebidos como una potencial fuerza creativa y contestataria del orden social imperante (Mezzadra, 2012). Esta perspectiva refiere a las estrategias cotidianas, a los cuestionamientos y a las resistencias a través de las cuales los migrantes expresan su presencia “conflictiva” en los lugares de destino a partir de desafiar, escapar, desmentir y/o disputar desde las políticas de movilidad dominantes hasta los regímenes de trabajo y el espacio más general de la ciudadanía (De Genova, Mezzadra y Pickles, 2015). En particular, nos interesa indagar sobre las luchas que llevan adelante mujeres migrantes en relación con los mecanismos de explotación que enfrentan en el marco de las desigualdades presentes en un mercado de trabajo jerarquizado en función del género, la adscripción étnico-racial, el origen nacional y la clase social.

En términos metodológicos, este texto recoge los resultados de un trabajo sostenido en el tiempo (desde el año 2012 en adelante) con empleadas domésticas peruanas en dos contextos diferenciados de la ciudad de Córdoba: en primer lugar, el marco del SINPECAF, espacio de referencia para un conjunto de mujeres migrantes; en segundo lugar, en un barrio de relegación urbana, habitado mayoritariamente por familias de origen peruano, en donde el empleo doméstico resulta una de las inserciones laborales principales para las migrantes. En especial, se utilizaron dos técnicas principales para la recolección de datos: la entrevista en profundidad y la observación participante. Las entrevistas contemplaron varios encuentros en diversos espacios (domicilios particulares, lugares públicos, el SINPECAF), mientras que la observación participante supuso un acompañamiento a las mujeres en sus visitas al sindicato en busca de información, en su participación en las campañas de difusión de los de-

rechos de las trabajadoras domésticas y en las reuniones mantenidas con funcionarios públicos (por ejemplo, con el cónsul de Perú en Córdoba).

Las reflexiones empíricas sobre el trabajo doméstico en las sociedades contemporáneas plantean desafíos teóricos y políticos, en tanto los fundamentos y visiones que han primado históricamente sobre esta ocupación, y que repercutieron directamente en su invisibilización, incidieron en los modos en que ha sido configurada y tratada en el ámbito político y de las políticas. En este sentido, nuestra propuesta consiste en escuchar algunas de las voces de quienes “sostienen” la vida cotidiana (Molinier y Legarreta, 2016), como es el caso de las mujeres de los sectores populares y en particular de las mujeres migrantes, para así captar las singularidades de los procesos que protagonizan colectivos sociales “no hegemónicos”, que a su vez se insertan en aquellos nichos laborales que conforman los sectores menos protegidos y más precarios del mercado de trabajo.

Las trabajadoras invisibles: la “convivencia” entre empleo doméstico y mujeres migrantes

Una de las características históricas del trabajo doméstico ha sido su invisibilidad. Mucho ha tenido que ver con esto el hecho de que se haya configurado política e ideológicamente como “no trabajo”, debido a que se realiza en el ámbito “privado” del hogar (Hirata y Kergoat, 2007; Lerussi, 2011; Molinier y Legarreta, 2016; Murillo, 2006; Torns, 2008). Esto, a su vez, ha legitimado la ausencia del Estado en cuanto a la regulación y la protección social de quienes se han dedicado a esta tarea. Como señala Arango Gaviria (2011: 96-97), la invisibilidad de los trabajos de cuidado, dentro de los cuales el empleo doméstico ocupa un lugar destacado, está estrechamente ligada a la naturalización de estas actividades como propias de las mujeres. La distribución desigual de tareas de cuidado, siguiendo este argumento, no puede pensarse por fuera de las relaciones de dominación: relaciones asimétricas entre varones y mujeres, pero también entre clases y “razas” (Molinier y Legarreta, 2016: 6). Esta situación contribuyó al desconocimiento o a la escasa valoración

de las competencias, saberes y habilidades incorporados por quienes realizan estas actividades (Arango Gaviria, 2011).

Esta falta de reconocimiento es uno de los elementos que permite explicar la articulación entre empleo doméstico, informalidad y precariedad laboral. De acuerdo a un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) del año 2014: “Los niveles de informalidad laboral en el sector de casas particulares más que duplican el registro promedio para la economía argentina. La elevada informalidad laboral sectorial se conjuga, además, con diferentes modalidades de precariedad laboral. Las trabajadoras domésticas –más del noventa por ciento del total son mujeres– representan el veintidós por ciento de todos los asalariados no registrados del país” (OIT, 2014: 5).

La falta de regulación del sector, que incidió directamente en su reconocimiento y que potenció los niveles de impunidad en relación con las formas de explotación, explican también los casos de violencia laboral de los que dan cuenta los relatos de las empleadas domésticas migrantes (y no solo los de ellas)¹⁵. Estas violencias, que de acuerdo a lo reconstruido en los testimonios se expresan en cuestiones como la comida, la desconfianza, el silencio, el incumplimiento de los derechos laborales (desde las horas diarias de trabajo hasta cualquier otro derecho laboral), se refuerzan en las situaciones en donde la trabajadora se encuentra en condición de irregularidad migratoria. En muchos casos, la inserción en el empleo doméstico ha podido coexistir más fácilmente con la irregularidad migratoria, en especial debido a la dificultad política e ideológica de pensar al hogar como un lugar público/productivo y, por ende, como un espacio a ser regulado.

Entre las migrantes entrevistadas, muchas estuvieron varios años trabajando como empleadas domésticas en esa condición (tanto “cama adentro” como “con retiro”). La irregularidad ha sido un aspecto relevante

¹⁵ La noción de violencia ha recibido una importante atención académica en el campo de las ciencias sociales. En nuestro caso, por violencia –y en particular en el ámbito del empleo doméstico remunerado– nos referimos a las expresiones de las relaciones laborales mediadas por el género, la clase social, la adscripción étnico-racial (Acevedo, 2012) que derivan en formas concretas de dominación y explotación. Las violencias laborales se nutren de formas de violencia simbólica, recuperando la categoría de Bourdieu (1999), que arrancan sumisiones que en ocasiones ni siquiera son percibidas como tales de tal modo que muchas veces los/as dominados/as reproducen y aceptan como legítimas su propia dominación.

en sus trayectorias –independientemente del cambio de la política migratoria en el año 2004, que modificó las posibilidades de acceso a la documentación– que no necesariamente impactó en el desarrollo de la actividad: la posibilidad de ser empleada doméstica funciona de manera independiente a la situación migratoria¹⁶. El caso de Raquel, peruana de 27 años, da cuenta de ello: llega a Córdoba en el año 2010 con una amiga, directamente desde Lima, escapando de una situación de violencia familiar. Raquel no terminó el colegio secundario y en Perú no tenía un trabajo fijo, aunque se desempeñaba en el comercio informal. Arriba a Córdoba e inmediatamente comienza a trabajar como empleada doméstica “cama adentro” en una zona residencial de la ciudad, por un salario muy bajo: “Como no tengo documentos, me pagaban poco y en negro”. A comienzos del año 2012 queda embarazada y es despedida de su trabajo “sin poder hacer nada”¹⁷. Luego del despido, comienza a trabajar en casas por horas, siempre de manera informal e indocumentada, hasta que nace su hijo. Como el padre del niño no aporta a su manutención, Raquel se vale de la solidaridad de sus “compatriotas” (desde el momento en que queda embarazada vive en diferentes casas de familias peruanas). Una vez que se recupera del parto comienza a buscar un nuevo trabajo. En un primer momento lo encuentra en un lugar de comidas, en el mismo asentamiento donde residía. Sin embargo, la relación entre el tiempo de trabajo (casi 12 horas por día) y el estipendio recibido (\$150 semanales) la impulsa a buscar otra ocupación. Durante ese tiempo, son las mismas mujeres que residen en el asentamiento quienes cuidan a su hijo mientras ella trabaja en el lugar de comidas.

Entre los peruanos que habitan en Córdoba hay pocas opciones de inserción laboral. Esas opciones –entre las cuales se destacan el empleo doméstico, la costura y la construcción– expresan los sentidos de la segmentación y jerarquización del mundo del trabajo, dando cuenta

¹⁶ La Ley de Migraciones N°25.871, en vigencia desde enero de 2004, modifica varios aspectos en relación con la normativa vigente hasta ese momento desde la última dictadura militar (1976-1983). Entre ellos, la posibilidad de acceder a la documentación (a través de la residencia precaria, transitoria y permanente) no se encuentra necesariamente atada a la cuestión de la formalidad/informalidad laboral como sucedía hasta ese momento.

¹⁷ Raquel no mantenía, al momento de quedar embarazada, una relación estable con el padre del niño, también peruano. Asimismo, esta persona no la acompañó en ningún momento del embarazo.

de que las posibilidades de que una persona obtenga empleo dependen no sólo de su posición de clase, sino también de su género, nacionalidad, etnicidad, estatus legal, edad, ubicación y otros criterios no económicos (Browne y Misra, 2003; Castles, 2013). La concentración de mujeres migrantes en trabajos definidos a partir de esos clivajes, como la trayectoria de Raquel, muestra y refuerza los estereotipos que sobre ellas recaen, a la vez que profundiza la reproducción de formas de exclusión social. Es así que Raquel consigue un trabajo en un taller textil, en donde además alquila una pieza en el “centro” de la ciudad – compartida con otros migrantes peruanos –, para ella y su hijo, siempre de manera informal e indocumentada. En relación con su propia experiencia laboral en Córdoba, enfatiza que:

Lo que yo vine a hacer y quiero hacer es trabajar en casas de familia. El trabajo en costura es más peligroso porque vienen seguido los de la AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos) a controlar y, como estoy indocumentada, vivo asustada.

De algún modo, este testimonio expresa los “beneficios” del empleo doméstico para las migrantes que se hallan en condición de irregularidad migratoria y, a la vez, cómo esa condición no resulta necesariamente un impedimento para el acceso a ciertos nichos laborales, en general aquellos menos regulados. Como señala Borgeaud-Garciandía (2012: 336), el espacio donde se trabaja se construye como un espacio protegido de las intervenciones externas, de la esfera pública y de la mirada del Estado. Esta representación, que puede actuar como una barrera contra la formalidad y la profesionalización del sector (Borgeaud-Garciandía 2012: 336), funciona a la vez como un lugar de “resguardo” frente a los posibles controles en relación con la irregularidad migratoria y laboral.

Dependiendo de los proyectos migratorios, el empleo doméstico se lleva a cabo bajo la modalidad “cama adentro”, fundamentalmente si las mujeres son jóvenes solteras o pioneras de la migración, que buscan ahorrar la máxima cantidad de dinero posible para enviar a la familia que permanece en el país de origen o para acelerar la reunificación

familiar¹⁸. En cambio, se da la modalidad “con retiro” (fijo o por horas) sobre todo cuando migra la familia en su conjunto, se produce la reunificación del resto de la familia (esposo e hijos) o se modifica el estado civil y la composición familiar (casamientos, maternidades). Entre quienes se dedican a cuidar ancianos, algo que se reitera en los relatos de las migrantes es el hecho de que son especialmente requeridas para los horarios nocturnos. Pese a que son los horarios menos deseados por ellas, en tanto complica la vida familiar, pues exige formas alternativas de organización –en especial cuando tienen hijos en primera infancia y edad escolar–, la nocturnidad aparece como un factor clave a la hora de obtener el trabajo. Esas formas alternativas de organización que posibilitan la articulación de las obligaciones laborales con las necesidades familiares, descansan generalmente en formas de cuidado comunitario, especialmente en otras migrantes que viven en el barrio, como vimos en el caso de Raquel.

Las estrategias que las mujeres despliegan en pos de conciliar las esferas familiares y laborales, así como de disponer la propia distribución del trabajo de cuidados al interior de las familias, ponen de manifiesto la existencia de relaciones de poder (Tronto, 2002) fundadas en la reproducción de un sistema de género, en torno a la división sexual del trabajo que sentó las bases para la jerarquización de determinadas actividades (Hirata y Kergoat, 2007: 596). Esa jerarquización reconoce, asimismo, las dinámicas de invisibilización y silenciamiento que han pesado sobre el empleo doméstico y sobre quienes lo han realizado, a partir de la constitución político-ideológica de la “familia”, el “hogar” y las relaciones que allí se desenvuelven como parte del universo “privado”, habilitando así su exclusión de la esfera pública.

¹⁸ El hecho de que decidan enviar dinero o acelerar la reunificación familiar dependerá de cuestiones tanto objetivas como subjetivas. Las primeras dependen especialmente de la posibilidad de estas mujeres para moverse del trabajo doméstico “cama adentro” hacia otro trabajo o hacia otra forma de “hacer” el trabajo doméstico, para así poder conciliar mejor las necesidades de subsistencia con la “vida en familia”. Entre las segundas, en los testimonios emerge de manera recurrente la dificultad de muchas mujeres de permanecer separadas de sus hijos por mucho tiempo, en especial si éstos son pequeños. La complejidad afectiva de soportar esa “distancia”, en muchos casos, actuó como factor que aceleró los procesos de reunificación familiar.

Las vicisitudes jurídicas del empleo doméstico en la Argentina: los sentidos políticos de las luchas por derechos laborales

En la Argentina, la confinación del trabajo doméstico al ámbito de lo privado ha sido legitimada en términos jurídicos a partir de la omisión de esta ocupación en la normativa laboral común reunida en la Ley de Contrato de Trabajo (Ley N° 20.744/1976). La excepcionalidad de su regulación, señala Lerussi (2011), ubicó al empleo doméstico en un lugar de marginalidad e inferioridad jurídica, económica y política, vinculado con el hecho de que la vida (política) laboral de este empleo se establece en la relación entre empleador y empleada y en la asociación al “hogar” y la “familia”. Fue recién en abril de 2013 que se sancionó una ley que regula el trabajo doméstico, denominada *Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares* (Ley N° 26.844, 2013). Aunque mantiene la regulación especial de la actividad del empleo doméstico por fuera de la Ley de Contrato de Trabajo, la normativa incorpora importantes reformas: jornada laboral de 8 horas, salario mínimo, licencia anual ordinaria calculada a partir de los años de servicio, licencia especial para las mujeres embarazadas, entre otras¹⁹.

En los últimos años, y ante las reiteradas situaciones de explotación y vulneración de derechos laborales, un conjunto de trabajadoras domésticas ha motorizado formas de politización y de agenciamiento político, en gran parte canalizadas a través del SINPECAF y con vistas al cumplimiento de esa ley. En el caso concreto de las empleadas domésticas migrantes, la mayoría de quienes han activado formas de politización en el trabajo lleva varios años viviendo y trabajando en Córdoba y posee ciertas trayectorias personales, educativas y migratorias. Tal es el caso de Carmen y Daniela, ambas trabajadoras domésticas peruanas que llegaron a esta ciudad en los ochenta y noventa respectivamente. Las biografías de Carmen (de 49 años de edad) y Daniela (44) expresan determinadas experiencias y saberes adquiridos que influyeron en su

¹⁹ En septiembre del año 2015, por su parte, se logró cerrar el primer acuerdo paritario de la historia del sector en el Ministerio de Trabajo de la Nación.

recorrido como trabajadoras domésticas en Córdoba²⁰: Carmen llegó a Córdoba para estudiar medicina, aunque no pudo finalizar los estudios, mientras que Daniela había estudiado trabajo social en Perú.

En la reconstrucción de esos procesos, es posible advertir que estos se relacionan en sus comienzos con la necesidad de romper con situaciones de explotación laboral a partir de configurarse como portadoras de derechos desde su doble condición de empleadas domésticas y de migrantes. En ese camino, se disputa la noción históricamente arraigada que coloca al sujeto migrante en un lugar ajeno a la política y lo político. Pero lo significativo en este caso es que esa disputa proviene de un sector laboral invisibilizado y desprestigiado, como ha sido el empleo doméstico, impugnando a través de las luchas no sólo la idea de provisionalidad (Sayad, 2008) asociada a su presencia en el lugar de destino, sino además la visión que concibe a esta actividad como “no trabajo” y a quienes la realizan como sujetos despolitizados.

Ahora bien, estos recorridos no resultan sencillos para estas mujeres, en parte por la desinformación y la inestabilidad que caracteriza al empleo doméstico. Como explicaba una migrante “nuestro mayor problema es el miedo que tenemos a perder el trabajo, por eso muchas veces no nos quejamos y aguantamos” (Mercedes, migrante peruana, 34 años, 20 de junio de 2014). Según se desprende de los testimonios de las empleadas domésticas que participan en el SINPECAF, al momento de la sanción de la nueva ley una de las primeras respuestas por parte de los empleadores fue el despido de las trabajadoras y de enojo frente a la norma y la ampliación de derechos. De algún modo, son derechos que incomodan a los empleadores (licencias por maternidad, vacaciones anuales pagas, lactancia, jornada de trabajo, etc.). Esa incomodidad se basa, fundamentalmente, en que el trabajo doméstico remunerado se nutrió más de relaciones interpersonales –una especie de pacto– entre empleador/empleada que de una relación laboral regulada y basada en reglas claras entre los distintos actores que la conforman. Frente a ese temor, son justamente las migrantes con más tiempo en la actividad

²⁰ Hemos reconstruido en profundidad la experiencia de sindicalización de Daniela en Magliano, Perissinotti y Zenklusen, 2016.

quienes no sólo encaran formas de agenciamiento político, sino que además estimulan a sus “compatriotas” para que se organicen en pos de hacer respetar sus derechos:

Carmen: No me callo. Yo aprendí en el camino que tengo que abrir mi boca. Y tengo que abrir mi boca también para reclamar por aquellas personas que no hablan. Porque [muchas] no reclaman nada, muchas se callan, agachan la cabeza y se callan. Y yo les digo: ¡Reclama! (...) El sindicato dice así, vayan al sindicato, busquen en sus tarifas (...) ¡Es que hay que abrir la boca! Si no, todos los días vamos como corderitos.

Daniela: Yo escucho cada caso, ¡me da impotencia! Pasamos por tanto, porque realmente tenemos derechos, pero sobrepasan todo, no les importa nada. Te explotan. Te explotan: porque esa es la palabra. Siempre quieren exigirte más y es lo que piden. El inmigrante más porque tiene más miedo, es más tranquilo, más callado.

Según sus propios relatos, la condición de no nacional es configurada como un “plus” que actúa sobre la subjetividad de las propias trabajadoras y también de los empleadores. Así pues, el hecho de ser migrantes las ubicaría en un lugar de mayor “pasividad” en comparación con las trabajadoras “nativas”, especialmente en lo que se refiere al reclamo de derechos (Magliano, Perissinotti y Zenklusen, 2016). Es bajo esta premisa que la cuestión migratoria organiza muchas de las actividades que se emprenden desde el sindicato, pues las mismas integrantes consideran que si bien hay problemáticas que nuclean al conjunto de las empleadas domésticas, hay otras que se articulan con la intersección entre la condición migratoria y las particularidades del sector laboral. En este sentido, si bien la politización de estas mujeres se gesta a partir de lo que “hacen”, esto es, el empleo doméstico, también se halla determinada por lo que “son”, es decir mujeres migrantes²¹. Ciertamente, si bien

²¹ Agradecemos esta sugerencia a los valiosos comentarios de Natacha Borgeaud-Garciandía.

es el trabajo –doméstico– lo que valida y da sentido al agenciamiento político, ese proceso termina excediendo el ámbito estrictamente laboral para incluir también las reivindicaciones vinculadas al hecho migratorio. Así pues, el SINPECAF, en tanto espacio institucional nacional, funciona como canalizador de las demandas que plantean las mujeres que se acercan en busca de respuestas frente a problemáticas laborales, primero, para luego avanzar sobre cuestiones relacionadas con la condición migratoria.

Las migraciones y el sindicalismo, tal como expresa De la Haba Morales (2008: 165), son fenómenos que resuenan entre sí y se superponen de forma manifiesta y necesaria a lo largo del recorrido histórico del capitalismo; aun cuando las especificidades del empleo doméstico en relación con la tradicional invisibilidad de las actividades que nuclea, han impactado en el modo en que ha sido pensado este trabajo en el marco del sindicalismo y las luchas sindicales. Esta situación no implica ignorar que en el ámbito del empleo doméstico no puedan existir tensiones entre “nacionales” y “extranjeros” como en otras esferas del mercado laboral, sino que supone dar cuenta –como nuestro trabajo de campo indica– que además de las distinciones étnico-raciales y nacionales presentes en este ámbito, existe una disputa común frente al resto del campo laboral vinculada a la necesidad de reconocer como trabajo el empleo doméstico y como trabajadoras a quienes lo llevan a cabo, independientemente de aquellas distinciones.

Es decir que, si bien la condición migratoria le otorga ciertas singularidades a las demandas que enarbolan las empleadas domésticas migrantes, es el trabajo el disparador de las luchas. Es en este marco que un grupo de mujeres migrantes participa activamente en diversas tareas del sindicato como parte de un colectivo configurado a partir de su actividad laboral, pero que no ignora las particularidades que la condición migratoria le otorga a esa actividad. Ese grupo busca comprometer al Consulado de Perú y a la Dirección Nacional de Migraciones (delegación Córdoba) en los reclamos frente a los abusos que sufren muchas migrantes; atiende y acompaña a otras mujeres migrantes que se acercan al SINPECAF en los recorridos para ejercer sus derechos; se moviliza hacia distintos puntos de la ciudad donde los migrantes suelen

reunirse, en especial los fines de semana, para repartir volantes y difundir los aspectos más salientes tanto de la ley que regula el trabajo doméstico como de la ley de migraciones y participa en radios abiertas con el propósito de llegar a la mayor cantidad de “compañeras” posible.

Bajo este panorama, la difusión de información (en relación tanto con la situación migratoria, en especial la cuestión de la documentación, como con los derechos y obligaciones laborales) emerge como una consigna clave de las luchas de las empleadas domésticas migrantes por ser reconocidas como portadoras de derechos. Esa consigna forma parte de una estrategia que se orienta fundamentalmente a politizar el lugar de trabajo, que no es otro que el ámbito “privado” del hogar.

Lo “doméstico” es político: sobre la politicidad de las trabajadoras domésticas migrantes

Hay algo que atraviesa los testimonios de las mujeres y es la necesidad de validación de aquello que hacen, no sólo por el trabajo en sí mismo, sino también por las implicancias de ese trabajo en los recorridos del proceso migratorio en su conjunto. La posibilidad concreta de inserción en el empleo doméstico, según sus propias palabras, actuó como un factor central en la organización, orientación y consolidación del proyecto migratorio y familiar. En este marco, el empleo doméstico para estas mujeres es un trabajo que además funcionó como condición de posibilidad de ese proyecto migratorio y familiar.

Es desde esta premisa que el involucramiento político adquiere sentido. Como punto de partida, se manifiesta la necesidad de romper con formas históricas de relaciones laborales asentadas en la voluntad y en la confianza construidas con los empleadores para colocarlas en un marco de derechos (y deberes). La construcción política e ideológica del trabajo doméstico como “no trabajo”, como se planteó en los apartados anteriores, hizo que las actividades de este sector quedasen libradas a la informalidad y reguladas, en su mayoría, por los propios empleadores. La “personalización de las relaciones de dominación laboral” (Borgeaud-Garciandía y Lautier, 2014) sumergió a las trabajadoras en

un contexto de amplias desigualdades en el que su experiencia cotidiana se vio atravesada por múltiples “situaciones de avasallamiento, maltrato y discriminación” (Gorban, 2013: 71). El testimonio de Micaela, una migrante peruana de 40 años, condensa el sentido de esa disputa, poniendo el énfasis en la condición de trabajadoras y en la valoración de ese trabajo:

No queremos que nos regalen la ropa que les sobra ni los muebles que ya no van a usar. No queremos su compasión, queremos que nos respeten como trabajadoras y que se cumplan nuestros derechos. Nosotras vamos a sus casas a trabajar.

La centralidad de la relación interpersonal hace que las posibilidades de inserción laboral descansen básicamente en la existencia de redes sociales antes que en las capacidades, competencias y habilidades de las trabajadoras. Esa redes pueden orientar y organizar la migración, cuando la mujer se moviliza con un trabajo ya establecido a partir de la existencia de redes de contacto con personas que migraron previamente (muchas veces son familiares) y que ya están trabajando en el lugar de destino; mientras que también esas redes surgen y se refuerzan con posterioridad a su arribo, a partir de la circulación de información sobre la historia personal y la vida laboral de la trabajadora. En cualquier caso, es común que, a partir de esas redes, la misma persona trabaje para diferentes integrantes de un mismo grupo familiar o de amigos. De este modo, la informalidad de las relaciones laborales vuelve a la confianza interpersonal materializada en las recomendaciones, un bien extremadamente valorado. Asimismo, diversas instituciones y organizaciones se convierten en intermediarios entre las migrantes y sus empleadores al momento de la inserción laboral. Existe una gran cantidad de personas nucleadas en organizaciones sociales –entre otras, voluntarios de organizaciones no gubernamentales (ONG) y sacerdotes de parroquias que trabajan en sectores populares– que, al mantener distintos tipos de vínculos con migrantes, actúan como redes que facilitan el acceso a este tipo de nicho laboral (Magliano, Perissinotti y Zenklusen, 2013: 85).

Las redes de contacto también funcionan, en muchos contextos, como una forma de resistir a la desprotección que las características del empleo doméstico imprime a las experiencias laborales, como la soledad y el aislamiento, en especial cuando se desarrolla bajo la modalidad “cama adentro”. A través de esas redes se promueve la circulación de información y el intercambio de experiencias laborales que, a la postre, pueden redundar en acciones concretas frente a situaciones de explotación y violencia laboral. En la mayoría de los casos, esto sucede cuando esas situaciones se vuelven intolerables.

Si bien es importante subrayar que la posibilidad de la formalidad laboral y de lograr mejores condiciones de trabajo no es una cuestión de voluntad de las trabajadoras migrantes, ciertos saberes adquiridos (formales e informales, tanto en origen como en destino) resultan centrales a la hora de poder cuestionar algunas de las dinámicas que caracterizan a la ocupación. Sin embargo, pasan varios años –y varias situaciones de explotación– hasta que algunas trabajadoras migrantes decidan comenzar una disputa laboral y política por las condiciones de trabajo. De acuerdo a los testimonios recogidos, los malestares iniciales son compartidos, en un primer momento, con otras trabajadoras también migrantes. Pero se trata de un proceso lento que se halla condicionado, como indicaban Carmen, Daniela y Mercedes en sus relatos, por el miedo que actúa como freno a cualquier reivindicación de derechos vulnerados. Ante la imposibilidad de encontrar soluciones frente a las reiteradas formas de violencia laboral, sobre todo cuando se produce algún hecho que supone un cambio radical, como un despido, el acercamiento al sindicato, en especial cuando la institución se “mueve” hacia los barrios y los puntos de reunión de los migrantes en la ciudad, emerge como un segundo momento en este proceso de agenciamiento político. Una vez que se cuenta con mayor información respecto de los derechos y cómo reclamarlos, el vínculo y diálogo con el sindicato se vuelve más fluido, lo que lo convierte en un lugar de referencia obligada para las trabajadoras y en un espacio de aprendizaje, según nos indicaron las propias mujeres. Más adelante, en un tercer momento, son esas mismas trabajadoras quienes comienzan a participar activamente en las tareas que promueve el SINPECAF en relación con la difusión

de información y la creación de puentes entre otras trabajadoras migrantes y la institución para que conozcan y sepan qué hacer frente a determinadas situaciones.

La reconstrucción de estos momentos permite dar cuenta de que los procesos de agenciamiento político no son automáticos, sino que involucran diferentes etapas personales que repercuten en sus formas y modalidades. Es decir, son parte de un cambio en la propia subjetividad como empleada doméstica, desde una historia de vida configurada por temporalidades y espacialidades diversas que habilita la posibilidad, a partir de acciones concretas, de impugnar y cuestionar lógicas de explotación laboral.

La permanencia en el tiempo como empleadas domésticas –en el contexto de la consolidación del proyecto migratorio– funciona como un factor más que allana el camino de las luchas por las condiciones de trabajo. Si bien muchas de estas mujeres pensaron el trabajo doméstico como una estrategia temporaria asociada a un momento del ciclo de vida, en general vinculado a una etapa del proyecto migratorio, la movilidad hacia otros sectores no resultó fácil, lo que llevó a circulaciones entre diferentes formas de desempeñar el trabajo doméstico (desde tareas de manutención de una vivienda hasta cuidadora de niños y ancianos, o pasar de trabajar “cama adentro” a “con retiro”). La imposibilidad de la movilidad hacia otros sectores laborales termina actuando, entonces, como un aspecto clave en las posibilidades de agenciamiento político desde una trayectoria laboral concreta. Asimismo, las dificultades en las movilidades hacia otros espacios del mercado laboral expresan las características más salientes de este trabajo: tradicionalmente invisibilizado, al realizarse mayoritariamente en el ámbito “privado”; precarizado y desprestigiado, en tanto se corresponde con un nicho laboral informal e inestable; y desprofesionalizado, ya que se sustenta en la visión de que para este trabajo solo es necesario “ser mujer”, naturalizando una serie de aptitudes a partir de la condición de género.

En relación con la desprofesionalización, las empleadas domésticas que participan en el SINPECAF han planteado la necesidad de romper con las visiones naturalizadas respecto de los roles de género y “profesionalizar” esta ocupación como un modo de lograr su reconocimiento

y legitimación. En tal sentido, desde hace un tiempo se organizan cursos de formación que involucran diferentes dimensiones de esta tarea (cursos de limpieza, planchado, cocina, jardinería, cuidado de niños y adultos, etc.)²². También se ofrecen, siempre de manera gratuita y con certificación oficial, cursos de computación y de finalización de la educación primaria y secundaria. En palabras de una de las trabajadoras que lleva adelante estos cursos: “Cuestionamos la idea de que por el solo hecho de ser mujeres debemos saber hacer todas las cosas que supone el trabajo en una casa” (Carina, argentina, 42 años, 22 de junio de 2014).

Las resistencias frente a la desprofesionalización se nutren también de la necesidad de disputar lo difuso del trabajo de las empleadas domésticas: la gran mayoría suelen ser contratadas para realizar múltiples tareas, diferentes entre sí, aunque como parte de la misma remuneración: limpiar, cocinar, lavar, planchar, cuidar niños/as o ancianos/as. Esto forma parte de sus quejas y también de sus luchas y resistencias. El empleo doméstico es amplio, diverso y requiere de distintas habilidades que pugnan por ser reconocidas. Entonces, las campañas de difusión se han transformado en una obsesión: la información como un instrumento de lucha es una de sus premisas fundamentales. Esa información está dirigida tanto a las empleadas como a los empleadores y a la sociedad en general. Se pretende instalar en el ámbito público qué es lo que implica, en términos de derechos y deberes, ser empleada doméstica.

Asimismo, la noción de profesionalización busca cuestionar ciertas construcciones de género, históricamente arraigadas, que sitúan a la mujer –y no a cualquier mujer, sino a aquellas que enfrentan procesos de racialización y etnización– como la candidata ideal para desempeñar las tareas remuneradas vinculadas a la esfera doméstica. El desafío pasa, retomando los sentidos de las palabras de las trabajadoras, por situar en el centro de la discusión la idea de que el empleo doméstico es un trabajo y el ámbito del hogar es un espacio político. Para ello, pensar

²² A modo de ejemplo, entre los cursos y talleres que el SINPECAF ha organizado en el transcurso del año 2015 podemos mencionar: cursos intensivos de cuidado y atención de personas; charla-taller sobre nutrición infantil; curso gratuito de servicios generales para casas de familia. Por su parte, la Universidad Nacional de Córdoba, a través de su escuela de oficios, implementa desde el año 2014 cursos de capacitación de cuidadores domiciliarios.

el empleo doméstico en términos colectivos, sin negar la singularidad de su dimensión relacional-afectiva, se torna central. El hecho de posicionarse críticamente frente a la tradicional relación de dominación entre empleador y empleada, y frente a los mecanismos omnipresentes de explotación que han caracterizado a esta ocupación, puede operar como una herramienta que permita visibilizar la politicidad existente en los espacios llamados privados/domésticos (Lerussi, 2011) y poner en cuestión –con miras a poder transformar– algunos de los aspectos que estructuran esta actividad, como la inestabilidad, la discriminación, la informalidad y la invisibilidad.

A modo de cierre

Este estudio pretendió dar cuenta de algunas de las especificidades de la articulación entre empleo doméstico y migraciones de la región sudamericana en Córdoba, a partir de reconstruir experiencias laborales de mujeres peruanas y las luchas y resistencias que emergen en relación con esas experiencias. El argumento principal que atravesó este trabajo es que, aun en contextos de explotación y profundas desigualdades, es posible observar procesos de agenciamiento político que si bien no necesariamente llegan a trastocar y modificar esos contextos, los cuestionan, impugnan y hacen visibles.

En la reconstrucción de trayectorias laborales en el empleo doméstico y de las luchas y resistencias que surgen de esas trayectorias, palabras como “maltrato”, “miedo” y “temor” (de las empleadas a pelear por sus derechos y de los empleadores a que esos derechos sean demandados), “incomodidad”, “silencio”, “confianza”, “soledad”, “aislamiento”, “desprotección” y “trabajadoras y derechos” recorren y estructuran los relatos de las mujeres, esbozando las múltiples dimensiones que reconoce el desarrollo de esta ocupación. Del mismo modo, la reconstrucción de esas trayectorias resulta un insumo invaluable para reflexionar críticamente sobre el universo –complejo y heterogéneo– del empleo doméstico. En primer lugar, permite conocer e identificar las implicancias de las desigualdades de género, clase, etnicidad y raza presentes

entre las propias mujeres, y que se materializa en la relación empleador/empleada. En segundo lugar, brinda elementos para iluminar los mecanismos de segmentación del mercado de trabajo y de jerarquización laboral presentes en determinados nichos laborales a partir de procesos de generización, racialización y etnización. En tercer lugar, y advirtiendo la relevancia de visibilizar académica y políticamente esas luchas, posibilita disputar construcciones de género históricamente arraigadas acerca de la “naturaleza” de ciertos roles y ocupaciones femeninas (y masculinas). El empleo doméstico para muchas de las mujeres migrantes es configurado como parte de algo aprendido a partir de una estrategia que el propio proyecto migratorio impone en el marco de las necesidades de subsistencias, tanto individuales como familiares.

En definitiva, rescatar las luchas y resistencias de las empleadas domésticas migrantes, aun cuando sean motorizadas por un porcentaje minoritario de trabajadoras del sector, ofrece herramientas para captar las características más significativas que siguen marcando a fuego a esta ocupación y que ha condenado a quienes la realizan a una gran desprotección, desde la privación de derechos hasta su invisibilización, que lleva a una mayor explotación. Desprotección y precariedad que buscan visibilizarse, cuestionarse y transformarse a partir de las demandas de las propias mujeres para ser tratadas políticamente como trabajadoras y a su actividad como trabajo.

Referencias

Acevedo, D. (2012): “Violencia laboral, género y salud: Trabajadoras y trabajadores de la manufactura”, *Salud de los Trabajadores*, 20 (2), 167-177. Recuperado en 15 de octubre de 2016, en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382012000200005&lng=es&tlng=es.

Arango Gaviria, L. G. (2011): “El trabajo de cuidado: ¿servidumbre, profesión o ingeniería emocional?” en L. G. Arango Gaviria y P. Molinier (eds.), *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 91-109). Medellín, Colombia: La Carreta Editores.

República Argentina, Ley 26.844 (2013): *Régimen Especial de Contrato de Trabajo para Personal de Casas Particulares*. Buenos Aires, República Argentina: Boletín Oficial.

Borgeaud-Garciandía, N. (2015): “Trajectoires de vie et rapports de domination. Des travailleuses migrantes à Buenos Aires”, *Cahiers du Genre*, 58 (1), 181-204.

Borgeaud-Garciandía, N. (2012): “La cuidadora domiciliaria de ancianos: de poca visibilidad de su desempeño laboral”, *Trabajo y sociedad*, 19, 321-344.

Borgeaud-Garciandía, N. y Lautier, B. (2014): “La personalización de la relación de dominación laboral: las obreras de las maquilas y las empleadas domésticas en América Latina”, *Revista Mexicana de Sociología*, 76, 89-113.

Bourdieu, P. (1999): *La miseria del mundo*. Madrid: Akal.

Browne I. y Misra, J. (2003): “The Intersection of Gender and Race in the Labor Market”, *Annual Review of Sociology*, 29, 487-513.

Canevaro, S. (2013): “Migración y permanencia de la comunidad peruana. Trayectorias de mujeres peruanas en el servicio doméstico de Buenos Aires (1990-2008)”, en Benencia R., Pedreño Cánovas A. y Quaranta, G. (coords.), *Mercados de trabajo, instituciones y trayectorias en distintos escenarios migratorios* (pp. 301-336). Buenos Aires: CICCUS.

Catarino, C. y Oso, L. (2000): “La inmigración femenina en Madrid y Lisboa: hacia una etnización del servicio doméstico y de las empresas de limpieza”, *Papers*, 60, 183-207.

Castles, S. (2013): “Migración, trabajo y derechos precarios: perspectiva histórica y actual”, *Migración y Desarrollo*, 11 (20), 8-42.

Crenshaw, K. (1991): “Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color”, *Stanford Law Review*, 43 (6), 1241-1297.

De Genova, N., Mezzadra, S. y Pickles, J. (2015): “New Keywords: Migration and Borders”, *Cultural Studies*, 29 (1), 57-87.

De la Haba Morales, J. (2008): “Inmigración/sindicalismo como problema. Reflexiones metodológicas y epistemológicas” en E. Santamaría (ed.), *Retos epistemológicos de las migraciones transnacionales* (pp. 165-198). Barcelona: Anthropos.

Dirección General de Estadísticas y Censos (2015): *Documentos Estadísticos*, 2015. Córdoba, Argentina: Gobierno de la Provincia de Córdoba.

Duffy, M. (2007): “Doing the Dirty Work: Gender, Race and Reproductive Labor in Historical Perspective”, *Gender and Society*, 21, 313-336.

Dutra, D. (2013): *Migração internacional e trabalho doméstico. Mulheres peruanas em Brasília*. Brasília: CSEM, Sorocaba.

Escrivá, Á. (2000): “¿Empleadas de por vida? Peruanas en el servicio doméstico de Barcelona”, *Papers*, 60, 327-342.

Falcón, M. del C. y Bologna, E. (2013): “Migrantes antiguos y recientes: una perspectiva comparada de la migración peruana a Córdoba, Argentina”, *Migraciones Internacionales*, 7 (1), 235-266.

Gibson-Graham, J. K. (1996): *The End of Capitalism (As We Know It). A Feminist Critique of Political Economy*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Goldsmith, M. (2007): "Disputando fronteras: la movilización de las trabajadoras del hogar en América Latina", *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*, 14, Recuperado el 13 de abril de 2010, en <http://alhim.revues.org/index2202.html>

Gorban, D. (2013): "El trabajo doméstico se sienta a la mesa: la comida en la configuración de las relaciones entre empleadores y empleadas en la ciudad de Buenos Aires", *Revista de Estudios Sociales*, 45, 67-79.

Groisman, F. y Sconfienza, M. E. (2013): "El servicio doméstico en Argentina. Particularidades y desafíos de un sector relegado (2004-2012)", *Carta Económica Regional*, 25, 151-172.

Gutiérrez-Rodríguez, E. (2013): "Trabajo doméstico-trabajo afectivo: sobre heteronormatividad y la colonialidad del trabajo en el contexto de las políticas migratorias de la UE", *Revista Estudios Sociales*, 45, 123-134.

Hill Collins, P. (1993): "Toward a New Vision: Race, Class and Gender as Categories of Analysis and Connection", *Race, Sex and Class*, 1, 35-45.

Hirata, H. y Kergoat, D. (2007): "Novas Configurações da divisão sexual do trabalho", *Cadernos de Pesquisa*, 37 (132), 595-609.

Hondagneu-Sotelo, P. (2007): "La incorporación del género a la migración: 'no solo para feministas ni solo para las familias'", en M. Ariza, y A. Portes (comps.), *El país transnacional: migración mexicana y cambio social a través de la frontera* (pp. 423-451). DF México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Hondagneu-Sotelo, P., Estrada, E. y Ramírez, H. (2011): "Más allá de la domesticidad. Un análisis de género de los trabajos de los inmigrantes en el sector informal", *Papers*, 96, 805-824.

INDEC (2010): *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Buenos Aires: INDEC.

Jelin, E. (1976): "Migración a las ciudades y participación en la fuerza de trabajo de las mujeres latinoamericanas: el caso del servicio doméstico", *Estudios Sociales. Cedes*, 4, 1-18.

Kerner, I. (2009): "Más allá de la unidimensionalidad: conceptualizando la relación entre el racismo y el sexismo", *Signos filosóficos*, 11 (21), 187-205.

Lerussi, R. (2011): "Provocaciones feministas: nuevos aspectos de la naturaleza jurídica del empleo doméstico en la Argentina", *Astrolabio. Nueva época*, 6, 186-210.

Magliano, M. J. (2015): "Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos", *Revista Estudios Feministas*, 23 (3), 691-712.

Magliano, M. J., Perissinotti, V. y Zenklusen, D. (2013): "Mujeres bolivianas y peruanas en la migración hacia Argentina: especificidades de las trayectorias laborales en el servicio doméstico remunerado en Córdoba", *Anuario Americanista Europeo*, 11, 71-91.

Magliano, M. J., Perissinotti, V. y Zenklusen, D. (2016): "Biografía de una resistencia. Estudio de caso de la experiencia de politización de una trabajadora do-

méstica migrante en Argentina”, en M. J. Magliano, V. Perissinotti y D. Zenklusen (comps.), *Los nudos ciegos de la desigualdad. Diálogos entre migraciones y cuidado* (pp. 143-173). Córdoba, Argentina: CONICET.

Maguid, A. (2011): “Migrantes sudamericanos y mercado de trabajo” en *La inmigración laboral de sudamericanos en Argentina* (pp. 109-130). Buenos Aires: OIT/Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Marshall, A. (1979): “Immigrant Workers in the Buenos Aires Labor Market”, *International Migration Review*, 13, 488-501.

Mezzadra, S. (2012): “Capitalismo, migraciones y luchas sociales. La mirada de la autonomía”, *Nueva Sociedad*, 237, 159-177.

Molinier, P. y Legarreta, M. (2016): “Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político”, *Papeles del CEIC*, 2016/1, Recuperado el 14 de abril de 2016, en <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.16084>

Murillo, S. (2006): *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Madrid: Siglo XXI.

Organización Internacional del Trabajo (2014): *La formalización laboral en Argentina: avances recientes y el camino por recorrer*, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Recuperado el 10 de marzo de 2015, en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_245614.pdf

Parreñas, R. (2001): *Servants of globalization. Women, migration and domestic work*. Stanford: Stanford University Press.

Pérez Orozco, A. (2014): *Subversión feminista de la economía*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Rosas, C. (2010): *Implicaciones mutuas entre el género y la migración. Mujeres y varones peruanos arribados a Buenos Aires entre 1990 y 2003*. Buenos Aires: Eudeba.

Sayad, A. (2008) [1984]: “Estado, nación e inmigración”, *Apuntes de investigación*, 13, 101-116.

Segato, R. (2007): *La nación y sus Otros. Raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempo de Políticas de la Identidad*. Buenos Aires: Prometeo.

Stolcke, V. (2000): “¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?”, *Cuadernos para el Debate*, 6, 5-32.

Torns, T. (2008): “El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género”, *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15, 53-73.

Tronto, J. (2002): “The Value of Care. A Response to ‘Can Working Families Ever Win?’”, *Boston Review*, 27 (1), Recuperado el 30 de abril de 2016, en <http://bostonreview.net/forum/can-working-families-ever-win/joan-tronto-value-care>

Los itinerarios de cuidadores remunerados en el Gran Buenos Aires: estrategias de formación y cuidado de sí²³

Liliana Findling - María Paula Lehner - Estefanía Cirino

Introducción

El envejecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas producen cambios profundos en las vidas de las personas, las familias y la sociedad, generando, por un lado, costos crecientes en los servicios de salud y, por el otro, modificaciones en las transferencias intergeneracionales de cuidados de larga duración.

Según datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos Mayores (ENCaViAM) de 2012 (Indec, 2014), una de cada diez personas de 60 años o más de la Argentina manifiesta tener al menos un indicador de dependencia básica; y dos de cada diez, de dependencia ampliada (más de una). En ambos casos, y de acuerdo a lo esperado, las dificultades aumentan con la edad, y las mujeres presentan una incidencia relativa mayor a la de los varones, aun si se controla por edad. Quienes suelen ayudar a los adultos mayores dependientes en las tareas que no pueden realizar por sí mismos son sus familiares, especialmente las mujeres, que se ocupan de la mayor carga de asistencia; en

²³ Este trabajo es una versión ampliada de dos capítulos del libro *De cuidados y Cuidadoras. Acciones públicas y privadas*. 2015. Compiladoras: Findling, L. y López E. Buenos Aires: Biblos, 2015.

segundo lugar son los cuidadores no especializados, quienes cobran mayor relevancia cuando las personas mayores viven solas (Findling, Mario y Lehner, 2015).

La gestión del cuidado requiere organizar bienes, recursos, servicios y actividades que hagan viables la alimentación, la salud y la higiene personal, así como la estimulación de procesos cognitivos y sociales de las personas que padecen enfermedades. Estas tareas incluyen simultaneidad de roles y responsabilidades en espacios y ciclos difíciles de traducir en tiempo, intensidad y esfuerzo. Estas actividades pueden realizarse de manera no remunerada por familiares, delegarse en personas ajenas a la familia mediante relaciones laborales formales e informales, o a través de instituciones.

Si bien se parte del supuesto de que las familias constituyen el marco relevante de la ayuda social y que nunca fallan (Esping Andersen, 1993), actualmente se asiste a un proceso de desfamiliarización (Martín Palomo, 2009).

El cuidado de los mayores es un problema social que se enmarca en un contexto de disminución del tamaño de los hogares y una mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo.

Diversas investigaciones analizaron los “costos invisibles” del cuidado y describieron trastornos psicosociales derivados de la carga de trabajo de los cuidadores remunerados. No es fácil comprender en términos empíricos la complejidad del cuidado sin tener en cuenta su mirada y su subjetividad, las lealtades con la familia de la persona cuidada y las implicaciones personales (Delicado Useros, 2003 y 2006; Julve Negro, 2006): los conflictos entre subjetividad y condiciones laborales son recurrentes, dado que el trabajo determina la propia subjetividad (Molinier, 2011).

Una perspectiva para analizar los cuidados en sus diferentes dimensiones distingue tres aspectos (Salazar Parreñas, 2001): los materiales, relacionados con la oferta y consumo de servicios dentro del hogar; los morales, vinculados al sentido del deber y de la responsabilidad (abnegación, sacrificio); y los afectivos, ligados a la dimensión emocional de las relaciones familiares (preocupación por el otro, amor, conflictos). Si bien estos atributos permiten detectar el modo en que los recursos se intercambian, no es fácil distinguir límites precisos, especialmente entre

los recursos morales y los afectivos. Esta tipología facilita el abordaje de la transmisión y negociación de los saberes y competencias sobre cuidados, así como la producción de la responsabilidad moral de estos y el sentido que los cuidadores dan a sus prácticas (Martín Palomo, 2008a). Un aspecto estrechamente relacionado con estos recursos es el análisis del cuidado de la propia salud de los que asisten a otros, ya que cuidarse consiste en anteponer las inversiones de tiempo, dinero y capital simbólico en uno mismo, muy por encima de los otros (Durán Heras, 2011). El auto-cuidado es aquella condición necesaria de disponibilidad para poder cuidar de los demás, una experiencia compleja que se traduce en el cuerpo (Molinier, 2011) y está relacionada con el concepto foucaultiano del cuidado de sí, que implica necesariamente una relación con el otro en la medida en que, para ocuparse bien de sí, es preciso escuchar y preocuparse por los otros (Fornet-Betancourt, Becker y Gómez-Muller, 1984).

Algunos organismos del Estado dedicados al área social (tanto a nivel nacional como local) han iniciado en los últimos años acciones de formación de cuidadores domiciliarios para adultos mayores a través de instituciones educativas, sanitarias y organizaciones de la sociedad civil. La capacitación y el apoyo psicosocial que se brinda a los cuidadores para desarrollar su tarea adecuadamente, atenuando o controlando sus propios riesgos de enfermar, son temas actuales de debate para avanzar en la formulación y aplicación de políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida en el cuidado de personas dependientes (Red Género y Familia, 2008).

En nuestro país, el trabajo domiciliario de cuidado no está acabadamente definido en el plano legal. La ocupación de cuidador registra una elevada informalidad y precariedad laboral. La especificidad de la tarea de cuidado precisa una ley fundamentada en un análisis particularizado, no equiparable a otros empleos. Si bien hay unas pocas provincias que ya avanzaron en ese sentido (La Rioja y Río Negro), esas leyes resaltan las funciones de los cuidadores, pero no regulan sus condiciones de trabajo, que quedan supeditadas a las leyes vigentes y al contrato entre las partes (Findling et al, 2015).

La Ley N° 26844, sobre Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, si bien toma en cuenta a aquellos

“que cumplen tareas de asistencia personal y acompañamiento de los miembros de la familia, como de cuidador no terapéutico de personas enfermas o con discapacidad”, no parece solucionar esta precariedad laboral. En el marco de esta ley, para el empleador que tributa ante la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), el cuidador se encuadra en la categoría del “asistente personal”. La ley contempla explícitamente una de las causales de terminación de la relación laboral más comunes en el caso del cuidado de ancianos: en el artículo 46, inciso f) se menciona la muerte de la persona cuya asistencia personal o acompañamiento hubiera motivado la contratación, y se establecen las condiciones de indemnización. Otra forma legal de inclusión en el mercado laboral de los cuidadores domiciliarios es a través del monotributo.

¿Cuáles son las trayectorias laborales y las prácticas de los trabajadores remunerados que cuidan a personas mayores con problemas de salud? ¿Qué recursos morales y afectivos se utilizan para el cuidado? ¿Hay diferencias entre las tareas de aquellos cuidadores que han encarado cursos de capacitación y los que no se formaron? ¿Cuál es la percepción sobre su propia salud? Estos son algunos de los interrogantes que se abordarán en este trabajo.

Objetivos y metodología

Este artículo forma parte de un proyecto de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT) ya finalizado denominado “Mujeres, cuidados, familias y salud”²⁴. Se propone como objetivo general analizar las prácticas de cuidadores remunerados dedicados a la asistencia de adultos mayores dependientes.

Como unidad de análisis se seleccionó a cuidadores domiciliarios. Se realizaron trece entrevistas en profundidad, a doce mujeres y un

²⁴ Este artículo forma parte del proyecto financiado por Ubacyt (Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires) correspondiente a la programación 2011-2014, bajo la dirección de Elsa López, la co-dirección de Liliana Findling y la participación de María Pía Venturiello, Marisa Ponce, Silvia Mario y Laura Champalbert.. El proyecto tuvo sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

varón de estratos socioeconómicos medio-bajos que cuidaron a algún adulto mayor con problemas de salud en el Gran Buenos Aires. En una investigación anterior se observó que los familiares de las personas dependientes optaban por elegir cuidadores del mismo sexo que el de sus asistidos, con el fin de preservar cuestiones de intimidad y pudor (López *et al.*, 2012); por ello se incluyó en la muestra a un cuidador varón que asistió sobre todo a personas del mismo sexo. Su inclusión apunta a conocer las modalidades del cuidado que no sean específicamente femeninas. Los itinerarios laborales de los cuidadores, su capacitación, la satisfacción con la tarea, la relación con los familiares, los modos de cuidado de su propia salud y las posibles consecuencias ocasionadas al cuidar a otros fueron las principales dimensiones indagadas. El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2012 y abril de 2013.

En relación con el perfil de los entrevistados, en promedio tienen 47 años de edad y su antigüedad en el empleo oscila entre los 5 y los 33 años. En gran parte son monotributistas, trabajan para agencias y geriátricos, pero también para hogares particulares. Sólo una entrevistada trabaja de lunes a viernes “cama adentro”. En las tareas que encaran con particulares, los cuidadores generalmente prefieren trabajar de manera informal por propia decisión. En su mayoría son argentinos (ocho de ellos) con el secundario incompleto, aunque existen casos en ambos extremos de la escala educativa. Casi la mitad de los cuidadores ha encarado alguna formación en este tema.

Este artículo está organizado en dos dimensiones: una primera que destaca las modalidades de empleo y las trayectorias laborales de los cuidadores, y una segunda sobre sus opiniones acerca de las cualidades necesarias para ejercer esa tarea sin dejar de tener en cuenta el cuidado de su propia salud.

Modalidades de empleo e itinerarios laborales

Ventajas y desventajas de las formas de contratación

Se advierten dos modalidades de contrato entre las personas entrevistadas: una a través de empresas de cuidados domiciliarios y otra

sin intermediación alguna, con contratación en forma directa por la familia del adulto o por los mismos asistidos. La jornada laboral es de un promedio de diez horas, pero para quienes trabajan en empresas y con particulares, estos horarios pueden extenderse sin límites precisos para el descanso.

Casi todos los cuidadores valoran el trabajo con pacientes particulares porque la carga horaria es algo menor y la remuneración más elevada; prefieren desempeñar su tarea en el mercado de trabajo informal ya que poseen beneficios previsionales (pensiones, jubilaciones, o coberturas de salud propias o de sus cónyuges) que no quieren perder. Por el contrario, aquellas personas que trabajan para instituciones (públicas o privadas) deben inscribirse obligatoriamente como monotributistas y facturar para cobrar sus honorarios.

La única desventaja que señalan los entrevistados para su desempeño en domicilios particulares es la falta de adaptación de los ambientes para facilitar el aseo y la movilidad de las personas mayores. Como explica Analía: “Cuando vas a domicilios no hay puertas grandes, el baño es la parte más chiquita de la casa”. Delia, por su parte, detalla: “Por ahí hay que bañarlo, higienizarlo, pero no tienen el lugar apropiado, [...] entonces es muy incómodo para mí llevarlos; para los que no pueden estar parados, es complicadísimo”.

Algunos cuidadores que trabajan para empresas y se han capacitado, en cuanto pueden, comienzan a trabajar en forma independiente o armando redes informales de cuidadores, lo que les permite cubrir turnos más convenientes y organizar reemplazos entre colegas. Varios entrevistados se desligan de las empresas privadas a cierta altura de su trayectoria y empiezan a funcionar como si fueran una agencia, atendiendo a diversas personas por períodos diferentes y asegurando su propio reemplazo con allegados. “Yo empecé trabajando con estas empresas que cobran su porcentaje, pero de un 100%, se llevan el 60% y el 40% no sabés cuándo lo cobrás. [...] Trabajé en geriátricos y clínicas privadas, pero como siempre recibí un poco de maltrato en esta profesión, difícil por cierto, decidí largarme solo y me fui montando una cadena de trabajo independiente”, resume Armando, que ahora trabaja en forma directa y se turna con su esposa.

Por otra parte, Pilar pasó a integrar una red informal de cuidadoras independientes a través del curso que realizó: “Todas las que hemos estudiado siempre nos llamamos por teléfono y nos pasamos [los pacientes] porque a veces una tiene ya todo cubierto [...]. Hago turno noche, de día está otra compañera y los fines de semana también trabajan otras compañeras”. Delia, que aún mantiene cierta relación con una agencia, maneja los pacientes particulares turnándose con sus primas: “Estamos todas conectadas, [...] es bueno porque somos familia”.

Los que trabajan para empresas manifiestan mayor disconformidad con la remuneración, aunque todos reconocen que es difícil poner un precio a este tipo de tareas y dejan traslucir que siempre la remuneración es menor que la merecida. La insatisfacción salarial de los cuidadores parece asociada al valor que se le atribuye al servicio que brindan y a lo que reciben por hacerlo según los precios de mercado; no obstante, este discurso presenta matices contradictorios. “Quiero ganar más, aunque a mí no me importe la plata, tengo que vivir por la plata. [...] Más de una vez pongo el corazón y el alma, quisiera que fueran más remunerables [...], sólo pido ganar más”, justifica Armando. En tanto Delia alega: “A mí me gusta mucho ayudar a las personas, no tanto por la plata que te paguen, hay gente que te paga bien y a veces no, pero igual ayudo”. Analía corrobora: “Si bien el trabajo nuestro uno lo hace con alegría, no es valorado porque si te pueden pagar cinco pesos, te lo van a pagar y bueno, ahora está el negocio de las empresas”. El énfasis en los aspectos emocionales y afectivos que se traduce en la vocación por ayudar a los demás está en tensión con las demandas por una mejor remuneración.

El trabajo de cuidar: multiplicidad de significados

La mayoría de los entrevistados ha iniciado su trayectoria laboral con el cuidado de sus propios familiares, o bien trabajando remuneradamente por horas en tareas domésticas. Analía relata: “Era jovencita cuando empecé, 22, 23 años [...] más que nada en la cocina, cuidaba siempre chicos o personas grandes”. Y Silvia agrega: “Y [empecé] a los 30 [como cuidadora], había hecho otras cosas antes en tareas domésticas pero

esporádico”. Pilar, por su parte, indica que “antes trabajaba de limpieza, entré a trabajar en lo de una señora mayor que se había caído y los hijos, que ya me tenían confianza, querían que me quedara con ella”.

Gloria comenzó a ejercer tareas de cuidado en su entorno familiar: “Empecé con mi abuelita, yo tenía 17 años”. Maribel, con 9 hijos, pasó de cuidar a su familia a cuidar a otros de manera paga: “Hice el curso [de cuidadora] para trabajar y comencé bañando personas o cuidando en los sanatorios”. Armando, en cambio, eligió ser enfermero inspirado por su madre, que era asistente en un geriátrico; mientras estudiaba, trabajó como personal de seguridad privada y después en clínicas y geriátricos. “Y, se me dio la oportunidad de largarme en forma independiente”, comenta. También Alejandra dice que se dedica a esta actividad “por mi mamá, ella era auxiliar en un geriátrico y yo muchas veces iba con ella a ayudarla con los enfermos y ancianos. También por mi papá, porque era muy grande y yo lo cuidaba mientras mi mamá trabajaba”.

El trabajo de cuidador remunerado no aparece claramente definido en cuanto a funciones y responsabilidades. Ante la inexistencia de un marco laboral que regule la tarea y por el desempeño en un ámbito tan íntimo como la familia, no sorprende comprobar la variedad de conceptos que manejan los entrevistados a la hora de delinear su trabajo; se autodefinen como cuidadores en una gama de matices tan amplia que el perfil aparece confuso. El compromiso afectivo de cuidadores y cuidados dificulta pensar al cuidado como un trabajo (Hochschild, 2008: 309).

Algunos entrevistados aluden a una tarea de acompañamiento, como Gloria, que dice: “Yo no lo tomaba como cuidado, sino como acompañamiento. [...] Estaba apta para trabajar con cualquier clase de persona: con personas que estuvieran en silla de ruedas, síndrome de Down. Porque con dar cariño y amor, todo se puede, es la base de todo”. En la misma línea se expresa Analía: “Tengo que acompañarlo de la mejor manera posible. [...] Hay que tratar de escuchar qué es lo que necesita del otro y bueno... ese es un poquito el trabajo del cuidador formado”. Asimismo lo hace Dina: “Ella [la señora a la que asiste] siempre me dice a mí: ‘Usted no es una persona que trabaja, usted es mi compañera’”. Pilar pretende diferenciar su trabajo y lo hace notar: “Es muy diferente una cuidadora a una empleada doméstica. [...] Si yo

tengo que hacer la limpieza, yo sé lo que es una limpieza a fondo, no es lo mismo y es mucha diferencia [la tarea] con un adulto mayor, son cosas que a esta sociedad un poco le van a costar, es otro nivel, otra profesión”. Los entrevistados que se han capacitado en el cuidado de personas mayores pueden definir mejor su tarea independientemente del género. Silvia, que integra el plantel de Asistentes Gerontológicas del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es mucho más precisa: “A nosotras se nos llama auxiliares gerontológicas domiciliarias, o sea esa es nuestra definición. Nosotras no somos cuidadoras, somos auxiliares para adultos mayores. Nuestra tarea es organización de trámites, acompañarlos al médico o sea, hacemos distintas tareas como rehabilitación con las indicaciones de un profesional [...]”. En un sentido similar, Armando tiene más claro su rol profesional: “Cada uno de los trabajos tiene sus cosas, [...] para la categoría de enfermero sólo se hace asistencia de enfermería [...] y lo que se llama higiene y confort pasaría a ser más una mucama”.

Vocación o profesión ¿formarse o no formarse?

En los últimos diez años, muchos entrevistados decidieron capacitarse ante la oferta de varios cursos de formación, ofrecidos sobre todo por instituciones públicas, para mejorar su desempeño y obtener mayores oportunidades de trabajo. La difusión de los cursos de cuidadores domiciliarios se tradujo en un crecimiento de las personas que optaron por esa capacitación²⁵.

Delia, después de varios años de desempeñarse como cuidadora, cuenta: “Hice primeros auxilios y ahora estoy estudiando Auxiliar de

²⁵ Es un hecho auspicioso que las formas de intervención del Estado en el campo de la capacitación hayan logrado avances significativos tanto a nivel nacional como a nivel local en forma sostenida. Hasta enero de 2015 se estimaba contar con más de 30.000 cuidadores domiciliarios formados en todo el país. También hay que reconocer el trabajo de diversas instituciones públicas (hospitales y universidades) y ONG que se esfuerzan para implementar los cursos de formación de cuidadores (a través de convenios con el Ministerio de Desarrollo Social) que tratan de diversificar su población objetivo. Pese a estos avances, aún son notorios los vacíos que provoca la escasa articulación entre la formación y la efectiva inserción laboral de los cuidadores domiciliarios (Findling y López, 2015).

Enfermería. Es muy importante porque aprendés a dar inyecciones, tomar la presión, [...] porque tampoco te podés ir a cuidar un paciente si no sabés qué hacer”. Ofelia, que también lleva varios años en esta tarea, agrega: “Acá en la Argentina hice como cuidadora el curso en el Hospital Ramos Mejía en marzo de 2001”.

Maribel, que inició sus actividades cinco años antes de la entrevista, en 2008, hizo un curso privado de seis meses. Susana, enfermera que trabaja en geriátricos desde hace trece años, aprovecha que sus hijos crecieron para redefinir su perfil cursando la carrera de Asistente Terapéutico.

Analia, que se ha desempeñado tanto en forma independiente como a través de agencias, compara y señala la diferencia de niveles en la capacitación:

La empresa te tiene a vos y no le interesa si sos formada, ellos te hacen una pequeña formación, así como un curso que da una enfermera, no les importa si sabés cómo tratar a una persona, como moverla, cambiarla. [...] Es el negocio del momento”; en cambio, en los cursos en la Universidad de Buenos Aires [Facultad de Psicología], son casi seis meses en la preparación, tenés una gerontóloga, un podólogo, un psiquiatra, teníamos a la psicopedagoga para que pudiéramos aprender a resumir, trabajar en grupos, había una nutricionista.

Desde su punto de vista, este tipo de capacitación no sólo aportó calidad a su trabajo, sino que tanto ella como sus compañeras experimentaron una transformación personal que supera la adquisición de conocimientos: “Muchas de mis compañeras que no tenían la primaria completa, la terminaron. Muchas se dieron cuenta que éramos capaces de otras cosas, que no era solamente cuidar viejos y nada más, sino que había otras cosas para hacer, muchas empezaron la carrera de enfermería en hospitales”.

Silvia ejemplifica este proceso hacia la profesionalización del trabajo de cuidador que inició, hace 24 años, en 1989, al ingresar al Programa de Cuidados Domiciliarios de la CABA vigente desde 1988:

Primero es una entrevista que te hace el área de capacitación para ver si vos estás capacitada para hacer esta tarea, de esa entrevista se evalúa y después te llaman para hacer el curso Auxiliar Gerontológica. Ahí te dan toda la capacitación [...] y después de que vos aprobaste, se te destina a una comuna. Y la trabajadora social de la comuna es la que hace el enlace para ir a la casa del adulto mayor.

Pilar, por su lado, destaca cómo los aprendizajes formales en universidades y hospitales le abren la puerta a mejores oportunidades laborales: “El estudiar es como que se te confirman todas las cosas que tú sabes prácticamente, entonces eso me da muchas posibilidades de conseguir trabajo, a veces tengo mucho trabajo y comparto con mis compañeras [de la Facultad]”. Y Ofelia advierte cómo la formación adquirida le permite encarar su labor de una manera más saludable, manejando con otros recursos el deterioro del adulto mayor y su impacto en la familia: “Hay que estar en los zapatos de ellos, yo me los pongo porque sé, gracias al curso, cómo actuar de otra manera, porque si yo no hubiera estudiado, creo que estaría pasando situaciones difíciles, ahora entiendo un montón de cosas”.

En relación con la necesidad de capacitarse, Gloria es una de las pocas que considera que el buen desempeño obedece exclusivamente a la experiencia: “No [hice cursos], solo leí, pero es toda práctica porque esto lo hice toda la vida: acompañar gente, cuidar chicos [...] tengo mucha práctica y en eso me dicen que soy muy buena”. Alejandra, por su parte, aunque hizo el curso de Auxiliar Gerontológica reconoce que “yo fui aprendiendo cómo tratarlos en las casas que fui”.

Algunos han devenido cuidadores luego de ejercer profesiones relacionadas con la atención de la salud como la enfermería; en estos casos han logrado definir el trabajo del cuidador en términos de sus funciones terapéuticas, relegando los aspectos domésticos de la asistencia como la comida o la limpieza.

Diversas circunstancias llevan a los entrevistados a cuidar pero, con el tiempo, la práctica y la capacitación descubren una vocación, encuentran una profesión y se sienten bien porque les gusta asistir y apoyar al otro.

La vocación también alude a la idea de un don que se define en términos de afinidad con la gente mayor, inclinación natural a comunicarse con otros y deseo de ayudar a los demás. Delia cuenta: “Uno va encontrando su vocación con el paso de los años, bueno, encontré esta profesión y me gusta ayudar, [...] siento que ayudo a una persona que es un ser humano sobre todo, [...] voy a trabajar y estoy contenta, por lo menos ayudo”. Ofelia, en sus comienzos como empleada doméstica, descubrió “la vocación de cuidar a una persona porque veía que la familia no le daba atención al adulto mayor”; mientras que Silvia confiesa: “Decidí dedicarme digamos a esta tarea porque me encanta estar con la gente. [...] Para mí, comunicarme con la gente es fundamental”. De forma similar, declara Gloria: “Porque me encanta estar con gente grande, tengo afinidad, [...] me encanta relacionarme con la gente, me siento cómoda, lo hago con pasión y ellos se sienten bien conmigo”. Y también Armando: “Siempre creí que esto [enfermero profesional y cuidador] es la idea de vocación, es el tema de ponerse en el lugar de otro, [...] y me encanta mi profesión y me encanta hacer lo que quiero”.

Analia se siente estimulada por los efectos de su labor sobre la persona a la que atiende:

La verdad que me gusta, cada vez que comienzo un nuevo trabajo es un desafío. Ver hasta dónde yo puedo lograr que esa persona responda, [...] es la reeducación del paciente. Antes de ser formada [Curso de Cuidadores Domicilarios en la Facultad de Psicología] yo decía que había que ayudarlos a morir más dignamente, no tirados, y ahora ya es otra cosa, es como que el trabajo para mí es muy lindo, aunque te dé dolor de cabeza; a veces es muy divertido, porque hacés cosas que dejaste de hacer vos mismo, volvéis a jugar, volvéis a tratar de motivar a la persona.

Estas ideas y sentimientos los corrobora Maribel con suma sencillez al comentar su historia laboral: “Trabajé mucho tiempo en un geriátrico cuidando a una persona. [...] No me gustaba porque había que lidiar con la persona y aparte de eso yo no estaba acostumbrada a limpiar ni a nada ¿viste? Pero hoy estoy rechocha y la persona que cuido la tengo como

una muñeca, la tengo”. Al respecto, Borgeaud-Garciandía (2013) sostiene que las cuidadoras valoran su trabajo cuando obtienen buenos resultados, mejoran la calidad de vida de las personas dependientes y sienten su obra como propia.

Cualidades del cuidado y autocuidado de la salud

Recursos afectivos y morales para cuidar a otro

Para analizar la tradicional “naturalización” del ser y el deber ser de las tareas del cuidado, es importante indagar sobre las cuestiones morales y afectivas en la construcción de los saberes y competencias y en la negociación sobre las relaciones y las prácticas (Martín Palomo, 2008b).

El verbo ayudar es tal vez uno de los que más se conjuga en relación con su desempeño como cuidadores, ya que conciben a las personas mayores como seres humanos vulnerables que necesitan asistencia todo el tiempo para las actividades básicas de la vida diaria. Pero también es cierto que aparecen conflictos, dado que los entrevistados deben cuidar a personas con enfermedades neurológicas avanzadas que les impiden o dificultan la comunicación. Ana María así lo expresa: “Ellos no responden a nada... parece que no tuvieran sentimientos, porque no tienen una sonrisa, uno no sabe si le duele, si no le duele, si están tristes, si están enojados, un montón de cosas”. Estos pacientes les demandan mayor atención y, como dice Sara, “hay que cuidarla como a un bebé”. No obstante, conocen las diferencias entre un niño y un adulto mayor: “El chico aprende a caminar, a hablar, a escribir, a comer, a todo; el viejo es al revés, pierde todo y encima se te muere, o sea, termina con ellos el ciclo”.

Todos los entrevistados coinciden en que un cuidador debe estar dotado de amor, paciencia, empatía, firmeza de carácter y capacidad de decisión. En términos de aptitudes y competencias, el amor al trabajo y a las personas parecen características innatas que resumen la vocación, son esenciales e imprescindibles para el ejercicio profesional. “Siempre digo que hay dos cosas fundamentales que tenemos que tener nosotros: amor y respeto. Amor hacia la tarea, que es el cuidado de la persona, y respeto

hacia el ser humano”, dice Susana. “El que tiene que hacer esto lo tiene que amar, amar en el sentido que vos tenés que dar la vida por el otro. No privarte tu vida [...] pero durante las ocho horas yo trabajo para él [el paciente], hay que tener respeto a la persona que está en la cama”, analiza Armando. Y Pilar aclara: “Estar bien mentalmente y que te guste, porque si no te gusta no podés. [...] Yo creo que hay que tener carisma para ellos [los adultos mayores]. Me llevan a darles amor y entender su situación”.

La paciencia y la empatía aparecen también como aptitudes imprescindibles para el ejercicio de la labor cotidiana, definidas en términos de condescendencia, compañía y contención emocional. Gloria afirma: “Tolerancia, paciencia, amor... pasión. Y esa es la palabra: acompañamiento, estar, cariño, dar cariño, acompañarla con palabras, gestos, con caricias, eso es lo que yo doy”. “Hay que tener vocación y paciencia [...] y levantar el ánimo a esa persona es lo más importante”, asegura Delia. Y Silvia agrega: “Tenés que ponerte en el lugar de lo que le está pasando al otro, no todas las personas son iguales [...] o sea, mi amplitud mental tiene que ser lo fundamental ¿no?”. En palabras de Alejandra: “Hay que saber escuchar porque los ancianos tienen mucho para contar y la gente no los quiere oír”. En ese camino, el grupo de entrevistados reconoce que debieron aprender “un montón de cosas de las que a ellos les gusta hablar, como fútbol o tango” (Analía). “Tenés que estar actualizada en todo, este señor sabe francés, con otro hay que estar un rato con él en la compu” (Delia).

Estos son algunos de los recursos afectivos y morales que ponen en juego a la hora de cuidar (contención, tolerancia, comprensión y compasión) como reconocimiento al sufrimiento de la persona asistida. El ejercicio de esta tarea parece una combinación de dosis de amor y paciencia, pero también de carácter y firmeza: “Yo la trataba con todo amor, pero a su vez tuve que ponerme fuerte, [...] cuando tengo que ponerle los puntos se los pongo” (Dina). La firmeza de carácter es percibida como la capacidad de poner límites e imponerse sobre el asistido, entendiendo que al lograr el dominio o control se opera en beneficio de su calidad de vida.

Los entrevistados se sienten a gusto trabajando con personas mayores dependientes y prefieren optar por adultos en vez de cuidar a niños. “Son como chicos”, dice Sara. Sonia los define como “niños con

historias de vida”. Los motivos de la preferencia son diversos: aprenden de la experiencia de los asistidos, se interesan por sus biografías y comparten prácticas recreativas. Se concibe a las personas mayores como seres muy vulnerables, que necesitan asistencia para las actividades básicas de la vida diaria y se valora la interacción. Como dice Delia: “Él está contento también conmigo porque charlamos de cine, de películas, de actores, de todo. [...] Por lo menos un rato se distrae, o lee, o escribe”.

El trato que reciben por parte de los asistidos y sus familiares, así como el reconocimiento y la gratitud que manifiestan, son aspectos sumamente significativos para su tarea, casi en la misma medida que una buena remuneración. Algunos entrevistados establecen sus reglas, como Armando, que explica:

La familia tiene que estar de acuerdo con las cláusulas que tengo para trabajar. Si no están de acuerdo, no trabajo. Una de ellas es hablar con uno solo. Porque si no, vienen los tres hermanos y son tres opiniones diferentes sobre la medicación, y me vuelvo loco, en tus manos está la vida de una persona, y vos estás para darle una atención.

Los cuidadores valoran la estima que les brindan los profesionales de la salud que atienden a la persona asistida. A veces reconocen ciertos niveles de tensión con la familia debido a que ellos, que tratan más al paciente, pueden dialogar con los especialistas sobre la evolución del tratamiento. “Yo soy la que más ando con ella y el doctor me pregunta a mí”, relata Dina.

Un punto a destacar es la valoración de la confianza, que se construye con el tiempo, luego de superar ciertas resistencias iniciales de los asistidos. La confianza, por un lado, permite relaciones afectivas profundas, “me quiere como si fuera un familiar”, “yo con la gente me encariño”; pero por otro, esta actitud confunde el carácter laboral establecido. Así Delia continúa su relato: “La nuera de la persona que cuidé me decía: ‘Ay, son unas divinas ustedes, trabajan con el corazón, no por la plata’”.

Surgen asimismo ciertos resquemores cuando un paciente es asistido por varios cuidadores, ya que aparecen celos por la forma de cuidar y por el trato: “Yo la atiendo mejor que Beatriz, cuando llego no se la nota bien cuidada”.

La mayoría de los cuidadores resaltan que la formación recibida les ha permitido manejarse con mayor idoneidad en situaciones de emergencia y a no involucrarse personalmente en la problemática del adulto mayor y su entorno, manteniendo una distancia psicológicamente saludable. En ese sentido, se observan posturas diferentes en relación con el trato: algunos hablan de tomar distancia, sobre todo del entorno, mientras que otros creen que hay que comprometerse con el mundo del adulto al que asisten. Quizás estas ambivalencias reflejan las dificultades por las que atraviesa el trabajo de cuidado.

El cuidado de la salud

Entre los cuidadores, la percepción de la propia salud –física y mental– suele ser buena, aunque luego reconozcan una serie de malestares asociados a los hábitos de vida, el trabajo y la edad, que ponen en duda esa apreciación: “Mi salud es buena, no digo que es muy buena, tendría que tener unos kilos menos”, establece Silvia; en tanto que Maribel declara: “Porque ya no tengo 30 años, cumpliré 60, y no es lo mismo. [...] El colesterol lo tengo bastante alto”. El énfasis está puesto en la salud mental: “Siempre de buen humor, es fundamental ponerle la mejor energía porque ya la persona enferma tiene suficientes problemas para que vayas a llevarles más” (Silvia).

De los testimonios de los entrevistados surgen diversos problemas de salud (mastitis, osteoporosis, edemas, miomas, cálculos, jaquecas, enfermedad de Crohn) que requieren medicación. Por ejemplo, Gloria sufre de jaquecas: “A veces me agarra fuerte y tengo que inyectarme porque de vez en cuando tengo crisis, yo tomo una pastilla que me da el doctor, que previene el dolor, pero en las crisis no me hace nada”. A Armando le cuesta trabajar de noche por su problema intestinal: “Me operaron el año pasado de una fístula, y estar sentado toda la noche

¡me mata!”. Además se mencionan ciertas molestias que podrían asociarse a la tarea que realizan: trastornos musculares, falta de horas de sueño, desarreglos alimentarios y estrés.

La fragilidad de estas ocupaciones hace que enfermarse equivalga a quedarse sin trabajo: “Cuando me duele algo no lo digo, busco una medicación que me pueda ayudar y sigo trabajando” admite Dina. Otros entrevistados reconocen que el desgaste a nivel físico podría impedir continuar con esta tarea a lo largo del tiempo, como lo afirma Silvia: “Físicamente, nosotros sabemos que haciendo determinada tarea llega un momento en que ya no la vamos a poder hacer”.

Al estar vinculados de una u otra forma con el ámbito sanitario, la mayoría de los cuidadores es consciente de la necesidad de cumplir con chequeos médicos, para lo cual señalan haber realizado consultas en los últimos meses y sólo una de las mujeres no ha visitado a un profesional de la salud en cuatro años. No obstante, sólo acuden a las consultas para el tratamiento de sus enfermedades crónicas o ante la aparición de malestares que les impidan llevar a cabo su trabajo cotidiano.

Los entrevistados no practican actividades físicas regularmente y en su tiempo libre permanecen con frecuencia en sus hogares. En general encaran una dieta, intentan comer sano o natural, aunque en ocasiones se salteen alguna cena o almuerzo. Afrontar una buena alimentación se torna complicado, ya que pasan muchas horas fuera de sus hogares y no siempre pueden elegir qué comer. Algunos cuidadores se auto-medicar y recurren a medicinas alternativas y complementos alimentarios.

El principal cuidado que uno se da a sí mismo es el sueño, que es una actividad básica de recuperación de la energía, irrenunciable e intransferible (Tobío *et al.*, 2010). Casi todos los entrevistados admiten dificultades para conciliar el sueño por las noches porque suelen tener horarios de trabajo nocturnos, situación que se agrava según las características de la persona que cuidan. Delia, que cuida a un señor con aterosclerosis, indica que “él no duerme ni de día ni de noche” y aclara que son varios los cuidadores “porque uno solo te mata”. Además, ella hace “noche por medio, porque no dormís nada, es complicado” y agrega que “si trabajo de noche, duermo en el día y ponele cortado”. Pilar tampoco

duerme bien de noche, porque la persona que cuida “tiene confundido el día con la noche, y en la noche te grita, te hace de todo, [...] ya me llegué a acostumbrar, [...] creo que con dormir una o dos horas ya estoy tranquila, no sé, me acostumbré a ese movimiento de vida, o mi cuerpo lo hizo”.

Dado que la jornada laboral es extensa, es difícil advertir cuándo descansan los cuidadores que suman las horas en domicilios particulares a las horas de trabajo en instituciones. Analía describe así su semana laboral: “Entro a las diez de la mañana, tengo casi dos horas de viaje, salgo de casa a las ocho de la mañana, llego a las diez de la noche de lunes a viernes, los sábados tengo otro trabajo particular desde hace muchos años de nueve horas. [...] Me queda el domingo para reponerme”. Y Armando, que tiene dos empleos, acota: “Te contratan por hora [en la empresa] y después el cuidado en domicilio, con este señor trabajo doce horas de corrido en horario nocturno”.

Aquellos que han obtenido una mayor profesionalización cuentan con más recursos para encarar el cuidado de su propia salud física y mental. A partir de ello aprenden, entre otras cosas, a movilizar a la persona dependiente con el menor costo posible para su integridad física, a manejar una distancia afectiva más saludable con el asistido y su entorno, y a sobrellevar de mejor manera el deterioro y el dolor de los duelos.

El trabajo de cuidado es una combinación de responsabilidad y lazo afectivo con la persona cuidada, por eso cuando el asistido muere o la familia decide institucionalizarlo, el impacto emocional suele ser muy fuerte. “Después de cuidarla durante cuatro años, cuando falleció yo no supe cómo manejar el duelo y me afectó mucho”, dice Inés. El esfuerzo que deben encarar los cuidadores para superar duelos dependerá de su estado anímico, de su experiencia y de las herramientas adquiridas a través de su capacitación.

También se mencionan problemas de estrés y cansancio que provoca este trabajo. Al respecto, Ofelia indica que “estaba cansada mentalmente” y Pilar comenta que “te gasta mucho eso de estar siempre con ese tipo de enfermos”, en referencia a personas con trastornos neurológicos. Quienes han hecho cursos de formación cuentan con más posibilidades para sobrellevar los aspectos emocionales del trabajo de cuidar y hacen referencia a “la teoría del vínculo” y a la necesidad de

establecer una “distancia óptima” con el otro para poder alejarse de situaciones de tensión o dolor. En este sentido van las recomendaciones de Analía cuando aconseja “no mezclarse con lo que a ellos les pasa” y, en lo posible, “recurrir al humor y al afecto”.

El descuido de la propia salud se revela en la frase de Susana: “Amo tanto la salud, que me consume”. Así la asistencia a un otro remite a un modelo basado en el sacrificio y la abnegación y a una omisión del cuidado de la propia salud (Murillo, 2000; Tobío *et al.*, 2010).

A modo de cierre

Los entrevistados afirman que el amor, la paciencia, la voluntad y la empatía sustentan la asistencia al adulto dependiente. La naturaleza de los vínculos con el asistido está impregnada por aspectos afectivos y morales, ya que cada persona define según sus valores lo que está bien y lo que está mal, y considera que hace lo mejor para cuidar al otro. Estos vínculos son cambiantes y conforman un arco que va del amor al conflicto en la tarea de asistir a otro.

Trabajan muchas horas y se reparten sus ocupaciones entre empresas privadas de cuidados y contratación directa en casas particulares para incrementar sus ingresos. El buen trato, la gratitud de asistidos y familiares, y la estima de los médicos son valorados en esta tarea.

La capacitación que han encarado muchos de ellos les ha facilitado una mejor resolución de los problemas relacionados con su práctica y les ha permitido centrar su tarea en el acompañamiento y el apoyo a sus asistidos, así como favorecer su adecuado desempeño y ejercer mejor sus habilidades.

Es interesante profundizar en la relación entre la formación adquirida y los estrechos vínculos afectivos que se generan entre el asistido y el cuidador. ¿Cómo pensar la profesionalización sin negar la parte relacional-afectiva del trabajo? ¿Es posible y deseable una separación total entre el afecto y las prácticas profesionales? Estas preguntas de Borgeaud-Garciandía (2013) y Brites (2014) intentan cuestionar que, pese a que en los contenidos de la formación se incluyen aspectos relativos al

manejo de la contención, los cuidadores deben afrontar estas dificultades y pérdidas en soledad al desarrollar sus tareas. El vínculo cuidador-cuidado se basa, por una parte, en adentrarse en la intimidad de un hogar ajeno, del que el cuidador va apropiándose a través del afecto y, por otra, constituye una amenaza de la pérdida del trabajo, sea por la angustia de cuidar en el fin de la vida o por rescisión de su tarea. En cambio, en la ética de la racionalidad que domina las relaciones del mercado formal tienen menor cabida el amor y las emociones (Torns Martin, 2008).

Los cuidados son brindados mayoritariamente por mujeres en condiciones laborales precarias, signadas a menudo por extensas jornadas de trabajo, estrés emocional y escaso reconocimiento de derechos (Tobío *et al.*, 2010). La inclusión del varón cuidador muestra concepciones similares a las de las mujeres sobre la asistencia a los adultos mayores y al cuidado de la propia salud, aunque se advierten diferencias en las orientaciones que llevaron a desempeñarse en la práctica laboral: muchas mujeres iniciaron esas prácticas en tareas domésticas, tanto en el propio hogar como fuera de él, signadas por la invisibilidad y la precariedad.

Los entrevistados padecen problemas de salud, algunos preexistentes y otros relacionados con su labor. Reconocen la necesidad de cumplir con los controles preventivos, a pesar de lo cual sólo consultan para tratar sus problemas crónicos o malestares agudos. Por ello, puede advertirse un cierto “olvido de sí”, que se traduce en un descuido de sí. ¿Es posible cuidar a otro si el que ejerce esa tarea no logra cuidarse a sí mismo? Este interrogante queda abierto dado que las múltiples obligaciones derivadas de esta profesión impiden una adecuada prevención.

La indeterminación de la tarea del cuidador deja al descubierto un vacío legal para desempeñar este rol: no es fácil desligar el concepto de cuidados de ciertas ayudas más específicas, como las que puede brindar una enfermera en el domicilio o una empleada doméstica en los quehaceres cotidianos. Es necesario precisar la tarea de quienes cuidan, delimitando funciones, responsabilidades, obligaciones y derechos. Para eso, resulta fundamental superar las lagunas existentes a nivel laboral para que el rol del cuidador domiciliario sea justamente más preciso. De hecho, la Ley 26.844, que trata sobre el Régimen Especial de Contrato

de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, no aporta soluciones para definir las incumbencias laborales del cuidador domiciliario, dejando serias imprecisiones y aspectos sin reglamentar.

Sería necesario pensar una política integral de cuidados para la protección de los derechos de los adultos mayores, de sus familiares y de los cuidadores remunerados, teniendo en cuenta que el cuidado y quien lo realiza se relacionan con el ejercicio de los derechos, para así disminuir desigualdades sociales y de género.

Referencias

Borgeaud Garciandía, N. (2012): "La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral", *Trabajo y Sociedad*, N° 19, Invierno 2012, 321-344. Recuperado el 20/3/13, de <http://www.unse.edu.ar/trabajoy-sociedad/19%20BORGEAUD-GARCIANDIA%20invisibilidad%20laboral%20cuidadoras%20de%20ancianos.pdf>

Borgeaud Garciandía, N. (2013): "En la intimidad del cuidado de adultos mayores dependientes: la experiencia de cuidadoras 'cama adentro' en la Ciudad Autónoma Buenos Aires", en L. Pautassi y C. Zibecchi (coord.), *Las Fronteras del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura* (pp 273-316). Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y Biblos.

Brites, J. (2014): "Cuidados profesionales en el espacio doméstico: algunas reflexiones desde Brasil. Diálogo entre Jurema Brites y Claudia Fonseca", *Iconos Revista de Ciencias Sociales*, n° 50, 163-174. Recuperado el 15/12/13, de: <http://revistas.flacsoandes.edu.ec/iconos/article/view/1435/1220>

Delicado Useros, M. V. (2003): *Familia y cuidados de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones socio-familiares de la dependencia*, Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. Departamento de Psicología de la Salud. Alicante, España: Repositorio de la Universidad de Alicante-RUA. Recuperado el 8/3/12, de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/3410>.

Delicado Useros, M.V. (2006): "Características sociodemográficas y motivación de las/los cuidadoras/es de personas dependientes ¿Perfiles en transición?", *Praxis Sociológica*, n° 10, 200-234.

Durán Heras, M. A. (2011): *El trabajo del cuidado en América Latina y España*. Documento de Trabajo n° 54, Madrid, Fundación Carolina-CeALCI. Recuperado el 19/6/2013, de <http://www.fundacioncarolina.es/esES/publicaciones/documentostrabajo/Documents/DT54.pdf>.

Esping-Andersen, G. (1993): *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia: Alfons el Magnanim.

Findling, L. y E. López (comp.) (2015): *De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas*. Buenos Aires: Biblos.

Findling, L., Mario, S. y Lehner, M.P. (2015, setiembre): ¿Y a mí, quién me cuida? Dependencia y cuidados en adultos mayores. Ponencia presentada en las XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Salta, Argentina.

Findling, L.; L. Champalbert; S. Mario y E. Cirino (2015): “El vértice del mercado: cuidadores remunerados y empresas privadas”, en Findling, L. y E. López (coord.), *De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas* (pp. 75-102). Buenos Aires: Biblos.

Fornet-Betancourt, R., Becker, H. y Gómez-Muller, A. (1984): “La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. Diálogo con Michel Foucault”, *Revista Concordia*, 6, 96-116. Recuperado el 8/8/14, de http://www.topologik.net/Michel_Foucault.htm

Hochschild, A. (2008): *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Madrid: Katz.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2014: *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*, 1ª. ed. Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. Recuperado el 9/3/15, de: <http://www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

Julve Negro, M. (2006): “Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora”, *Revista Acciones e Investigaciones Sociales*, n° Extra 1, 260-280. Recuperado el 10/2/11, de file:///C:/Documents%20and%20Settings/PC/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-DependenciaYCuidado-2002330%20(1).pdf.

López, E., Findling, L., Lehner, M. P., Ponce, M., Venturiello, M. P. y Champalbert, L. (2012): “Quereres y deberes: ¿cómo cuidan las mujeres su salud y la de su familia?”, en Kornblit, A.L., Camarotti, A.C., y Wald, G. (comp.), *Salud, sociedad y derechos: investigaciones y debates interdisciplinarios* (pp.137-158). Buenos Aires: Teseo.

Martín Palomo, M.T. (2008a): “Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 2, 13-44. Recuperado el 6/5/2012, de http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/id/66102/domesticar_martin_CRL_2008.PDF/

Martín Palomo, M.T. (2008b): “Los cuidados y las mujeres en las familias. Care, Women and Families”, *Política y Sociedad*, vol. 45, n° 2: 29-47. Recuperado el 11/12/2011, de revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0808230029A/22027

Martín Palomo, M. T. (2009): “El care, un debate abierto: de las políticas del tiempo al social care”, *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, n° 4.

325-355. Recuperado el 23/11/2010, de http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/14992/debate_martin_CG_2009.pdf?sequence=1

Molinier, P. (2011): "Antes que todo, el cuidado es un trabajo" en P. Molinier y Arango, L.G. (eds.), *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 45-64). Medellín, Universidad Nacional de Colombia: La Carreta.

Murillo, S. (2000): *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Madrid: Siglo XXI.

Red Género y Familia (2008): *Mesa de diálogo: Políticas de salud y cuidados. Una mirada desde el género*. Serie Políticas Públicas. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República-UNFPA. Montevideo: Ediciones Trilce. Fassler, C. (coord.). Recuperado el 10/3/12, de: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/664_pdf.pdf

Salazar Parreñas, R. (2001): *Servants of globalization. Women, migration and domestic work*. Stanford. Stanford: University Press.

Tobío, C., Silveria Agulló, T., Gómez, V. y Martín Palomo, M.T. (2010): "El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI", *Colección Estudios Sociales*, nº 28, Barcelona: Obra Social La Caixa. Recuperado el 23/7/2011, de www.laCaixa.es/ObraSocial

Torns Martín, T. (2008): "El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género", *Empiria, Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, nº 15, enero-junio, 53-73. Recuperado el 20/9/2010, de <http://www.redalyc.org/pdf/2971/297124045003.pdf>

Intimidación, sexualidad, demencias

Estrategias afectivas y apropiación del trabajo de cuidado en contextos desestabilizantes²⁶

Natacha Borgeaud-Garciandía

El presente trabajo²⁷ se apoya en el cuidado brindado a domicilio a adultos mayores altamente dependientes por mujeres migrantes que trabajan a tiempo completo o “sin retiro” en la capital argentina. Busca analizar la relación subjetiva con el trabajo que desarrollan las cuidadoras en contextos laborales que combinan degradación física y mental del asistido y fuerte dependencia hacia el cuidado.

La mayoría de los estudios que analizan el trabajo de cuidado partiendo de la relación subjetiva de los cuidadores provienen de la psicología y la psicodinámica del trabajo. En el presente trabajo, estos ineludibles aportes, que incluyen la elaboración de defensas que permiten sobrellevar el sufrimiento que genera el trabajo²⁸, se vinculan por un lado con la noción de “trabajo sucio” elaborada por Everett Huges (1996) que permite caracterizar desde sus representaciones sociales actividades consideradas físicamente repugnantes o simbólicamente degradantes y humillantes (como aquellas que implican, justamente,

²⁶ El presente trabajo, presentado en la *Jornada Interdisciplinaria sobre Trabajo de Cuidado* ha sido publicado por la revista *Papeles del CEIC* (Vol. 2016-1). Se agradece la autorización de reproducir el dicho artículo, el cual ha sido reducido para su publicación en el presente volumen.

²⁷ Se agradece a Angelo Soares y Silvia Balzano por sus enriquecedores comentarios, así como a los evaluadores anónimos de la revista *Papeles del CEIC*.

²⁸ En la psicodinámica de trabajo, las defensas hacen referencia a las estrategias que elaboran los individuos o colectivos laborales ante el sufrimiento que genera el trabajo. Las defensas orientan las maneras de pensar y de actuar evitando la percepción de lo que los hace sufrir (Molinier, 2010: 102).

trabajar el cuerpo, la intimidad, la locura, la muerte) y, por otro lado, con la idea de “trabajo emocional” (Hochschild, 2003) para subrayar la intensa actividad emocional que desarrollan las cuidadoras para tratar de mantener cierto equilibrio entre lo “real del trabajo”²⁹, su identidad como cuidadoras (con base en un conocimiento íntimo de su labor), las expectativas sociales relacionadas con su quehacer y su ser, y una imagen de ellas mismas que no rompa con estas expectativas.

Las cuidadoras entrevistadas provienen de provincias argentinas, de Paraguay y de Perú, aunque aquí se focalizan esencialmente las experiencias de las peruanas³⁰. La particularidad de esta migración en relación a los demás grupos sociales insertados en esos sectores laborales subalternos y desvalorizados de la sociedad argentina, es que concierne a trabajadores que recibieron más educación formal y se feminizó de manera más abrupta y tardía que la migración paraguaya e interna³¹. Las cuidadoras peruanas llegan a la Argentina en los años 1990, cuando la situación económica termina expulsándolas de su país en busca de empleos que les aseguren una vida mejor para ellas y los suyos. Estos empleos son esencialmente del sector doméstico y de cuidado.

En el presente artículo focalizamos la relación de las cuidadoras con los elementos socialmente reprobados que constituyen la materia de su trabajo: la relación con la intimidad de los ancianos dependientes, las manifestaciones de su sexualidad, los caminos retorcidos de las enfermedades neurodegenerativas. Las trabajadoras confrontadas con fenómenos potencialmente desestabilizadores operan desplazamientos de sentido y elaboran apreciaciones que entran en disonancia con la mirada social

²⁹ Lo real del trabajo define lo que resiste al dominio y requiere que el trabajador despliegue su inteligencia y astucia para superar lo que se impone como una prueba y el sufrimiento subjetivo que genera (Dejours, 2009, capítulo 1).

³⁰ Todas las trabajadoras migrantes llegaron a la Ciudad de Buenos Aires en busca de trabajo. En esa ciudad, 34.5% de las empleadas domésticas vienen países limítrofes, 14% de Perú y 32% de otras provincias del país. Las entrevistas se realizaron entre los años 2009 y 2012.

³¹ Por ejemplo, entre las migrantes peruanas, 30% cursaron estudios universitarios, contra 23% de las argentinas y 5% de las migrantes paraguayas (la diferencia es aún mayor entre los varones), cuando a su vez las trabajadoras del sector doméstico cuentan en promedio con una escolaridad netamente más baja que el resto de la asalariadas. Ya se nota una tasa importante de mujeres en las corrientes migratorias internas y paraguayas en los años 1970 (Jelín, 1976; Pacecca, 2009), mientras las migraciones peruanas se feminizan en los años 1990, en un lapso de una década.

(parte 1). Empleadas por jornadas largas o “sin retiro”, los familiares más cercanos y particularmente los hijos representan la mirada a la vez íntima y social sobre el trabajo de las cuidadoras pero los mismos se protegen del sufrimiento que genera el declive de sus padres, lo que les impide poder apreciar verdaderamente el íntimo trabajo de las cuidadoras. Si las trabajadoras incorporan estas resistencias como parte de lo “real de su trabajo”, también pueden resultar deletéreas, por sus efectos en la persona cuidada y por la carencia de reconocimiento (parte 2). Las cuidadoras insisten en el enorme desgaste físico y afectivo que conlleva el trabajo de cuidado realizado en condiciones de soledad y encierro, sin embargo, en algunos casos estas mismas condiciones proporcionan (a la fuerza) un espacio de creatividad en el cual pueden desarrollar un cuidado integral y ver el resultado del trabajo en la persona cuidada, en su “obra” que lleva su firma, ligada a la vida, humana y mortal (parte 3). Defensiva, esta “obra” dista, sin embargo, de ser verdaderamente liberadora. Integra un trabajo activo que las cuidadoras realizan para protegerse de los riesgos de sufrimiento y de descalificación social que caracterizan su desempeño, salvaguardando la identidad propia e, *in fine*, su perpetuación en estos empleos de cuidado (conclusión).

Trabajar en contextos afectiva y socialmente perturbadores

Si se entiende lo “real del trabajo” como aquello que resiste al dominio, llevando los trabajadores a buscar superarlo mediante su ingenio (Dejours, 2004; Molinier, 2006), entonces los elementos susceptibles de despertar rechazo, miedo o saturación moral representan una parte importante de lo real del trabajo de las cuidadoras que las llevan a buscar formas de contornear sus efectos. Los riesgos de desestabilización se generan a partir de actividades que combinan la confrontación con las expresiones consideradas como más repelentes de la naturaleza humana y el peso del oprobio social (de la resistencia social), realizadas en soledad, con pocas ocasiones de liberarse de la tensión que generan y sin el soporte de un colectivo de trabajo que obra en la construcción de las pautas de trabajo. El tabú afecta el objeto de actividad, pero amena-

za con afectar la actividad misma, los saberes de las cuidadoras y ellas mismas como poseedoras de estos saberes. La confrontación con lo real del cuidado implica elaborar estrategias para controlar su impacto afectivo, redefiniendo sus elementos desestabilizantes. Tratándose de un trabajo sostenido por la relación con el asistido dependiente, este control se despliega tanto hacia los afectos de la cuidadora como hacia los del asistido, a la vez que se inscribe en un universo social más amplio, ante el cual debe poder ofrecer una imagen acorde con lo socialmente “aceptable”, invisibilizando sus conocimientos íntimos, perturbadores, detrás del mandato de la entrega, de la bondad y del amor.

“Hacer de tripas corazón”, trabajo del cuerpo, trabajo de los afectos

La expresión “hacer de tripas corazón” fue utilizada por Celia para describir su estado de ánimo cuando vuelve la segunda semana a trabajar con un anciano postrado. Su primer deseo cuando ingresa a lo que representa su primer empleo de cuidadora, es de huir lo más lejos posible de lo que le genera miedo y asco. Tal rechazo, así como su posterior control, no pueden entenderse sin tener en cuenta lo que significa confrontarse con el cuerpo envejecido y la precariedad de la vida humana cuando ésta llega a la orilla de la muerte. El trabajo con ancianos altamente dependientes implica estar en contacto con lo más íntimo de su existencia; implica estar en contacto con aquello que desafía la fantasía colectiva de la inalterabilidad y la eternidad de lo humano: nuestra condición de animalidad y finitud (Marché-Paillé, 2010).

La relación de cuidado, recuerda Christophe Dejours, concierne antes que nada a la relación con el cuerpo y a las necesidades del cuerpo, y supone un enfrentamiento afectivo con lo que el cuerpo puede producir de temores, de angustias y de aversiones, provocando en respuesta, angustia hacia el devenir del cuerpo propio (Dejours, 2009: 155-156). Las emociones (miedos, asco, rechazo) pueden ser tanto más profundas cuanto que el trabajo de cuidado, al desarrollarse en etapas de senectud, se encuentra marcado por “el símbolo del desecho, del declive, de la descomposición y, más allá, de la muerte” (Marché-Paillé, 2010: 42) a la

vez que, de no ser procesadas, amenazan la continuidad del trabajo y estabilidad psico-afectiva de la cuidadora. En efecto, siguiendo a Domini-que Lhuilier (2005), el contacto con los orificios y desechos del cuerpo, las intrusiones dentro y fuera de su envoltura protectora, despierta en los “trabadores del cuerpo” angustias relativas a los límites: los límites propios (los desechos, objetos de abyección, disturbaban el orden y amenazan con la disolución de las fronteras entre sí y el otro (Kristeva, 1983)) y los límites de la transgresión en actividades de manipulación del cuerpo inconscientemente marcadas por la prohibición primaria de tocar.

El dominio que muestran las cuidadoras a la hora de contar su trabajo no debe engañar sobre el intenso esfuerzo que realizaron y realizan para domesticar sus afectos y desempeñarse en las mejores condiciones posibles. Las cuidadoras elaboran diversas estrategias para trabajar con la intimidad del otro (Borgeaud-Garcíandía, 2013). Ante la abrupta realidad que violenta su ser y sus sentidos (cola que limpiar, boca que alimentar, etc.) Celia primero huye, invadida por sentimientos de asco, vergüenza y miedo. Y vuelve (“Voy a poder, voy a poder... [...] No tengo miedo, no tengo miedo”). Se sienta al lado del Sr. Antonio, se vuelve a presentar, le avisa lo que quiere hacer (levantarlo, pasarlo a la silla de ruedas y de ahí llevarlo al inodoro) y le pide su ayuda. Juntos buscan la manera de realizar la maniobra, hacen cálculos complejos cuyo recuerdo hace reír a la cuidadora de buena gana, hasta que lo logran: “era nuestro primer triunfo juntos”. Cuando logra sentarlo en el inodoro, opina: “este fue nuestro logro”. Con el paso de los días, Celia se vuelve más atrevida y busca prescindir de la ayuda de la hija del Sr. Antonio hasta convertir cada nuevo paso, cada nuevo logro, en éxito personal. A medida que logra vencer las resistencias, que afianza su dominio, que descubre sus propias capacidades, la repulsión cede el paso al orgullo y al placer del “logro personal” y compartido con el Sr. Antonio. Celia desarrolla habilidades que se transforman en conocimientos, los cuales van de la mano con un mayor dominio de los afectos y su posible apropiación subjetiva por parte de la trabajadora.

La experiencia de Celia apela a la importancia de las ideas de domesticación de los afectos negativos, de aprendizaje y dominio de los saberes laborales, y la centralidad del desafío en el trabajo cotidiano

de las cuidadoras (Borgeaud-Garciandía, 2013). El proceso de domesticación de los afectos propios aparece con menos claridad en otras entrevistas, sin embargo, se evidencian diversas maneras de enfrentar la relación con la intimidad del otro, central en el desarrollo del trabajo y de la relación entre cuidadora y persona cuidada. Por ejemplo, naturalizan la situación laboral asociándola con una experiencia familiar anterior. “No me hace nada porque lo tuve que hacer con mi padre/madre/tía/abuelo”, como si tal experiencia fuera efectivamente “natural”, evidente. Otra manera de enfrentar la intimidad consiste en concentrarse menos en los propios afectos que en el pudor del otro –controlar los afectos propios trabajando sobre aquellos que manifiestan los asistidos–; o en focalizar menos un problema (estreñimiento, cólicos, hongos) que la inventiva puesta en la búsqueda de la solución. Algunas cuidadoras optan por describir su intervención casi “clínicamente” (en el sentido de fríamente a la vez que retrotrayéndolas a descripciones de tipo médico, socialmente más legítimas) o recurriendo al humor. Las cuidadoras se vuelven guardianas de la intimidad del otro, de esa “zona de posesión de sí” (Laé, 2003) que preservan de la mirada exterior. A su vez, estas prácticas integran el experimentado y discreto “arte de saber disimular ‘las cosas fuera de lugar’” (Balzano, 2012: 102) preservando la dignidad del otro y su propio trabajo, aunque incrementando la invisibilidad de su labor.

Como una barca en altamar. El derrotado trabajo con la demencia.

Si el trabajo del cuerpo es generador de angustias, trabajar con personas que sufren enfermedades neurodegenerativas resulta igualmente ansiogénico en tanto que el amenazante mundo de la demencia pone continuamente a prueba los saberes y habilidades de la cuidadora, y desafía su propia resistencia y cordura. Las cuidadoras o acompañan el proceso de declive o se encuentran de repente proyectadas en un universo que no responde a los códigos sociales e interpersonales y en el cual deben aprender muy rápidamente a moverse. Requiere un arduo trabajo de acercamiento al otro y a su mundo y la búsqueda de formas

de intercambio, con el lenguaje, la entonación, el cuerpo, la mirada, el tacto. La imprevisibilidad de cada día, la necesidad de superar las numerosas resistencias (desorientación temporal, rechazo del cuidado, llantos o violencias repentinas, alucinaciones) les permite mantener cierta distancia con la consciencia de su imposible victoria ante el avance del declive y la muerte ineluctable.

Si la experiencia ayuda a enfrentar las situaciones de demencia, también alimenta el miedo a la enfermedad. Como Olga, que asienta su temor en el hecho de haber vivido los efectos del Alzheimer a través de sus experiencias laborales. Con la Sra. Francesca vivió todo el proceso, desde sus años de lucidez hasta la completa pérdida de la realidad, pasando por mayores dificultades en las actividades cotidianas, la aparición del llanto, los deseos de morir, las confusiones nocturnas. Olga busca maneras de tenerla ocupada (tejer, doblar bolsas y ropa) y mantener el tenue hilo del contacto. Pronto la anciana le pierde el gusto a la comida, a la televisión. El espacio de vida de ambas se reduce al espacio del departamento. Pronto la anciana pierde registro del tiempo, de noche se despierta, camina, pide desayunar. Olga la sigue paso a paso, busca ayudarla a dormir, modificando la hora de la medicación, acostándose a su lado para tranquilizarla³². “La misma circunstancia que iba pasando me hacía prever la situación. A ver de qué forma podía contenerla y contenerme yo también”.

El trabajo de cuidado en situaciones de senilidad suele combinarse con modalidades de empleo “de interna”. Las cuidadoras no pueden eludir la enfermedad, mas tienen que encontrar maneras de manejar sus efectos para poder realizar cada actividad (que la persona cuidada coma, tome su medicación, acepte que se la higienice, que no se altere, que no se asuste con sus alucinaciones, etc.). La demencia es imprevisible. “Son cositas que también uno tiene que ir todos los días `remándolas’, *tooodos* los días, porque hoy es una cosa y mañana es otra; todos los días son distintas cosas” (Estrella). Ante cada resistencia, deben encontrar una respuesta, una respuesta genuina que variará en función de

³² Lo que otra cuidadora se negará rotundamente a hacer con su propia asistida. Las cuidadoras se tienen que adaptar a cada situación particular.

las manifestaciones de la enfermedad. Las cuidadoras buscan no llevar inútilmente la carga y desactivar los efectos negativos de los delirios (violencias, angustias). Las cuidadoras no pueden prever lo que las espera ni fijarse en un registro de defensa. Estos trastornos las ponen a prueba sin descanso llevándolas hasta sus propios límites (porque “hay momentos que te exaspera”, “te embota el cerebro”, “te enferma”).

La sexualidad, del cuerpo necesitado al deseo

Los deseos de orden sexual de algunas categorías de la población, como los niños, los enfermos mentales, las personas discapacitadas y los adultos mayores, son socialmente perturbadores y objeto de invisibilización, de negación, e inclusive, en particular en el caso de las personas con enfermedades mentales, de una patologización estigmatizante. La patología sirve para designar lo que incomoda, mucho más que de la inhibición o la apatía, sin embargo más comunes en los adultos mayores dementes, pero que reenvían de ellas una imagen apaciguada y apaciguadora, científicamente alimentada, que no perturba a los demás (Ribes, 2012).

Los ancianos con enfermedades neurodegenerativas son objeto de una “doble pena” (*ibid.*, 162), ligado con un “doble tabú: el de una sexualidad activa del adulto mayor y el de una sexualidad de las poblaciones afectadas por trastornos cognitivos” (Miami y Ory 2012: 150). Para este sujeto que perdió toda capacidad deliberativa, idealmente inscrito en un mundo exento de sexualidad, toda manifestación del deseo aparece no como la de un sujeto de deseo sino como la de un enfermo librado a sus instintos y pulsiones. La palabra sobre la sexualidad de los adultos mayores en general, y de los viejos dementes en particular, se encuentra constreñida por las normas del pudor, de lo prohibido, del tabú, y la necesidad, de parte de los trabajadores, de control de sus propios afectos.

El hogar, más aún cuando se compone de una anciana mujer y de una cuidadora, se impone como un islote en el cual la sexualidad no tiene existencia. Sin embargo, pasan cosas que son mantenidas bajo secreto, protegidas por la reserva de la intimidad compartida y calladas por el

peso del tabú. Si la sexualidad es parte del trabajo del cuidado (Molinier, 2009; Soares, 2010; Hirata, 2016), por un lado las manifestaciones del deseo son variables, por otro, no siempre se dan las condiciones –que han de ser particulares por la carga afectiva y social del tema– para ser integradas al relato. Asimismo, las cuidadoras, lo dijimos, se presentan como las garantes de la intimidad de los ancianos y, así como preservan la memoria de aquellos y aquellas que fallecieron, acallan aquello que, malinterpretado, podría herir la dignidad de sus asistidos incapaces de defenderse. Hablar de la sexualidad de sus protegidos, sus manifestaciones “retorcidas” (Molinier, 2005)³³ equivale además a enfrentarse con su propia sexualidad, en un terreno arriesgado.

Para esquivar su sombra angustiante y los riesgos de desestabilización que conlleva, los ancianos son, en los relatos de las cuidadoras, deserotizados y su sexo asimilado con el cuerpo en su conjunto, como material de trabajo, objeto de higiene y de cuidado. Así, el sexo, como parte del cuerpo sin deseo, aparece esencialmente en las descripciones de los gestos de higiene, en los cuales el relato y las emociones pueden ser controlados. Sin embargo, en raras ocasiones el relato se sale de ese sendero más seguro para arriesgarse en ese espacio privado-público que representa la entrevista. Hablar, es exponerse, es tomar riesgos: de ser mal interpretada, mal vista, juzgada; de no poder controlar la interpretación del otro; de despertar reacciones negativas, inclusive involuntarias; de ver su relato volverse en contra de sí. Hablar es arriesgarse a ser desprestigiada a la vez que representa una ocasión de “liberarse de afectos cuya carga es excesiva y de recuperar ese leve dominio que [la palabra] otorga” (Schwartz, 1990: 177).

En dos ocasiones, las cuidadoras retratan situaciones en las cuales “sus” protegidos son abiertamente presentados como sujetos de deseo. Visiblemente emocionada, Celia quiere convencerme, entre risas y lágrimas, de la exclusividad de su relación con el Sr. Antonio. “Sólo Dios sabe lo que éramos el uno para el otro”. El tema tabú de la sexuali-

³³ “El saber enfermero es difícilmente expresable en la esfera pública, porque este saber sobre nuestra intimidad no sólo desvela que la vulnerabilidad es la norma, sino que estos seres vulnerables que somos son asimismo retorcidos, que son estas personas retorcidas que hay que cuidar, sabiendo que aquellos que cuidan no son menos retorcidos” (Molinier, 2005: 306).

dad se vuelve, entre los dos cómplices, objeto de bromas. Años después se ríe del hombre que pretendía no poder lavarse pero sí masturbarse, de las pullas sexualmente connotadas que ambos se tiran. “¡Hasta allí llevábamos nuestra amistad!”. Pero si el carácter único de la relación justifica que recurra a estas anécdotas, la “inmortal libido”, y las bromas que lo acompañan, surge en el relato de Celia como el impulso vital, bajo el signo de Eros (la vida misma) (Dadoun, 2012), que se opone a la imagen del viejo hombre impotente que sufre y calla: “Cuando estaba nervioso, no hablaba nada; cuando estaba tranquilo, relajado, ya soltaba más la lengua, soltaba más todo”. Estaba vivo.

En ocasión de un almuerzo con Estrella y Rosalba, el ambiente relajado, la complicidad entre las dos cuidadoras las lleva a construir un relato común en el cual las experiencias individuales se vuelven experiencias compartidas, propias de su trabajo. De a poco, el relato bifurca para penetrar zonas silenciadas de experiencias que pueden ser dichas entre ellas y comprendidas a distancia de los tabúes. Alrededor de la mesa, en confianza, estallan las anécdotas sexuales de las ancianas desinhibidas. Compartidas, las experiencias (las fantasías seductoras de las viejas damas, sus canciones “verdes”, sus malas palabras) se desencadenan, mimadas entre crecientes risas. Las ancianas “pícaras”, como las califica Estrella, llenas de vida y humor, son las grandes protagonistas de sus relatos que, en escenas burlescas, ponen en ridículo cuidadoras y familiares. No es posible desarrollar aquí este largo ejemplo, en el cual la mimesis e identificación “auto-burlesca” de las cuidadoras con las ancianas abre paso al “sentido de la común humanidad” (Molinier, 2015: 139). Sí es necesario hacer hincapié en las condiciones de su enunciación. Las dos cuidadoras desplazan las experiencias individuales vividas en soledad para “formar grupo” y trabajar conjuntamente el sentido y las interpretaciones de las situaciones vividas, desde las más banales hasta las más crudas y perturbadoras, que las asedia en soledad.

Si la sexualidad del demente, sus manifestaciones como sujeto de deseo –sujeto no contenido por las trabas sociales–, representan temas particularmente desestabilizantes, la risa permite liberar el exceso de emociones contenidas; nos informa *a posteriori* acerca de la conmoción personal y del autocontrol de la trabajadora en situación. El humor jue-

ga un rol protector al permitir descargar las experiencias contadas de su carga ansiogénica, domesticar sus sentimientos, y sostener el relato (y las experiencias vividas) desde una postura comprensiva, compasiva (Molinier, 2005). Permite a su vez “poner las cosas en su lugar”. Tanto en el ejemplo de Celia como de Estrella y Rosalba, estos “viejos pícaros” no son presentados como seres pasivos presos del delirio. No están *hors-jeu*. La complicidad y confianza (el bienestar, fruto del trabajo de cuidado) entre el anciano y la cuidadora autorizan, en estos casos, las “payasadas”. “¡Soba bien la canaleta, hija!; ¡soba bien la canaleta!” le grita la Sra. Pérez a Rosalba, con tono de jefe de estación, cuando ésta le lava el sexo. O “La Banané” que la asistida de Estrella le canta con entusiasmo. Dementes o no, cuentan con un público cómplice, y manifiestan un placer que las cuidadoras pueden apreciar y repatriar en su buen cuidado. Estas situaciones se diferencian de aquellas en las cuales los ancianos son presos de temibles alucinaciones y cuyo sufrimiento no se traduce en risas sino en un sentimiento de frustración por parte de las cuidadoras.

Las resistencias de los familiares como amenaza potencial de descalificación

Hemos analizado anteriormente las ambigüedades que caracterizan las relaciones entre las cuidadoras y los familiares de las personas cuidadas, en particular con sus hijos (Borgeaud-Garciandía, 2014). Aquí los familiares de las personas cuidadas no tienen voz propia sino que existen a través de los relatos y las representaciones compartidas por las cuidadoras. En los casos estudiados, los hijos suelen venir de visita, una o dos veces por semana. Presente o no, el familiar representa un actor importante para la cuidadora. No sólo porque suele ser su empleador, sino como sostén de la mirada exterior, de valoración (positiva o negativa) del trabajo. Es a la vez el “ojo íntimo” y el “ojo social”, y –a defecto de contar con colegas que puedan jugar una función evaluadora– en él recae una parte importante del reconocimiento de su trabajo. A pesar de ser objeto de múltiples expectativas y conductas hacia la cuidadora

(desde el respeto hasta el desprecio pasando por diversas formas de ayuda o de vacíos), llama la atención cómo los familiares focalizan juicios severos por parte de las cuidadoras.

Estos juicios no sólo conciernen a las condiciones de empleo, sino a las actitudes de los hijos hacia sus padres dependientes. Dentro de la diversidad de las experiencias objetos de relato, interpela la crítica reiterada hacia hijos que abandonarían a sus padres, que desconocerían su realidad cotidiana, que se avergüenzan de ellos, etc. Para sostener estos reproches, las cuidadoras recurren a diversos argumentos culturales, que podríamos resumir de la siguiente manera: “aquí” (por la Argentina) se deshacen de sus viejos, “allá” (por su país de origen) los cuidamos; aquí maltratan a los mayores mientras que allá se los respeta; aquí los adultos mayores generan aburrimiento y vergüenza, en cambio, allá, respeto y orgullo. En definitiva retoman a su provecho los argumentos culturalistas que las hacen “buenas cuidadoras” con base en la supuesta calidez humana de sus culturas de origen (Hochschild, 2008).

Si bien esta mirada encuentra varias posibles explicaciones, en el presente capítulo estas críticas son analizadas sobre la base del rol que cumplen los hijos como fuente de reconocimiento exterior de su labor cuando esos mismos hijos (o parejas) a su vez se protegen del dolor que genera el declive del anciano. Son ellos justamente quienes no pueden reconocer lo real del trabajo de cuidado como fuente de ansiedad y desestabilización porque implicaría aceptar el estado de sus padres. En general, las cuidadoras integran a su trabajo las reacciones de los hijos ante los padecimientos de sus padres. Las resistencias que manifiestan los familiares más cercanos representan dificultades: porque disturbán la tranquilidad que las cuidadoras consiguieron crear con grandes esfuerzos (por ejemplo las peleas de las hijas con sus madres ancianas), porque obstaculizan su forma de operar (por ejemplo, cuando los hijos actúan negando la senilidad de sus padres) o bien porque entran en contradicción con las posturas morales que nacen de su trabajo y del contacto íntimo con la persona cuidada. Pero así como las cuidadoras suelen tomar estas resistencias como parte de su trabajo (entendiéndolas a menudo), algunas resistencias pueden ser tales que cuidadoras y familiares chocan ante la incapacidad de desarrollar registros de

sentido mínimamente compatibles, hundiendo a la cuidadora en una infranqueable y destructiva incompreensión.

Experiencias de ese tipo surgen en el empleo subjetivamente más devastador que tuvo Rosalba. Empleada para cuidar un viejo médico que sufre de un tumor cerebral, trabaja de cuidadora, mucama, cuidadora de perros, doméstica, enfermera... para toda la familia; una familia saturada de tensiones y conflictos. Rosalba trata de centrarse en las necesidades del anciano, que pronto pierde el uso de sus piernas. Un día, que la trabajadora vuelve de su día libre, encuentra el cuarto del anciano en un caótico estado: tazas y platos rotos en el piso, orina por doquier, el doctor sucio y maloliente. Habrían peleado (“él quería que [la familia] lo atienda como yo lo atendía. Yo no hacía eso: si él peleaba, ellos enseguida iban a pelear”). Lo sienta en la silla de ruedas, lo baña, le pone pijama limpio, limpia la cama, lo acuesta y limpia la habitación. Entra el hijo del doctor increpándolo: “¿No te da vergüenza que Rosalba te tenga que ver todo en tu intimidad?”. Y a la cuidadora: “¿a usted no le da cosas atender a mi padre así?”. Herida por el ataque a lo que hace a la definición misma de su trabajo, Rosalba responde:

Mire, le voy a decir una cosa, cuando yo vine acá, ustedes me contrataron para atender a su padre; yo sé lo que estoy haciendo, atender a su padre. Y el atender a una persona es atenderlo en todo lo que necesite. ¿Es así o no es así?” “Sí, pero –me dijo– ¿verlo desnudo?” “¿Y qué quiere que haga? ¿Me pongo unos lentes oscuros para no mirarlo? ¿O es algo indecente ver a una persona desnuda? Me parece que no es indecente, más en el estado en que está su papá. Para mí, no tiene nada de indecente; ahora, no sé para usted qué es lo que será; no sé cómo lo verá usted.

A través de su trabajo, es el rol de Rosalba, y finalmente Rosalba misma que se cuestiona. Se agarra de sus certidumbres (cuidarlo es “atenderlo como una hija a su padre”) y sigue adelante con su trabajo. En otra ocasión, mientras Rosalba lava al hombre que se defecó encima, la esposa, asqueada, le pregunta: “¿Cómo puede usted limpiar todo eso?”. Si Rosalba no tiene otra posibilidad que hacerlo, recurre al argumento

de la humanidad compartida (de la que excluye indirectamente a la esposa): “yo no le tengo asco [...] porque todos somos humanos, todos ocupamos, todos hacemos lo mismo”. Rosalba atestigua a través de su relato una forma de desplazamiento afectivo ante lo que podría generarle un sentimiento de asco. Así le responde a la esposa del viejo doctor: “Yo no le tengo asco [...]; a lo que yo le tengo asco es al vomitado del borracho; eso sí no lo puedo limpiar (¡eso no lo puedo limpiar! ¿Eh?)”

Como el trabajo de los afectos ante las situaciones de intimidación presentado más arriba, el desplazamiento del objeto de asco atestigua la capacidad de las trabajadoras de transformar el sentido del “trabajo sucio” en pos de la reapropiación del significado de su trabajo. A través de ese desplazamiento, asimismo se dibuja el afecto como constructo social y cultural, cuya elaboración y sentido pueden variar. El afecto sentido (asco, repulsión) necesita ser resignificado y desplazado hacia otros objetos. Integra “otra” escala moral, en el marco de la elaboración de “reglas de sentimientos” *ad hoc*, a distancia de las normas dominantes que rigen la evaluación de la concordancia entre afecto y situación (Hochschild, 2003).

En una tercera ocasión, Rosalba enfrenta nuevamente las recriminaciones de la esposa y de la suegra del asistido, que hacen eco al rechazo de su propia hermana.

Un día, él quería ir al baño a ocupar, le digo “Doctor, pero no puedo levantarlo; haga en el pañal que yo después lo limpio”. “No, me dijo, quiero ir al baño. Usted levánteme”. “No –le dije– doctor; no puedo; voy a buscar a una persona que me ayude para levantarlo”. Cuando yo he vuelto [...] lo he encontrado tirado en el piso, hecho todo; todo se había ensuciado. Le digo a la suegra de él “Señora, ayúdeme a levantarlo para poderlo limpiarlo...”. No quiso. [...] Me dolía el alma dejarlo tirado así en ese estado, porque parecía un animal que estaba ahí tirado. [Rosalba llama a su hermana] Mi hermana es “asquerosa”; no le gusta ver eso. “¡Ay! –me dijo– ¡No! ¿Para eso me has dicho que venga?” [...] [El doctor] estaba consciente; había tratado de sacarse el pantalón del pijama, el pañal, todo. Pobre hombre; ja mi me daba

una lástima! Yo lloraba de verlo, yo lloraba de verlo. Entonces, con mi hermana le hemos levantado y me ha ayudado a sentarlo al bidet y en el bidet lo baña[mos]. [...] Cuando vino [la esposa] me gritó de todo: “¡Le dije que no lo levantara!”; “Y bueno -le dije- señora; pero yo no lo iba a dejar tirado ahí como a un perro, porque creo que ni a un animal lo dejaría yo así. Si a usted no le gusta, lo siento mucho, pero yo ni a un perro lo dejaría tirado así. [...] A los dos días le dije “Mire, señora, quiero hablar con usted ¿sabe qué? Si usted no está contenta con mi trabajo, usted me dice y yo me voy porque hay ciertas cosas que yo no puedo ver, que no me gustan tampoco; ni el maltrato a la persona ni nada. Así que si usted no está contenta, me voy”. Pero ella ya tenía previsto ponerlo en el geriátrico.

Ante el “¿cómo puede hacer eso?” responde “ni a un perro dejaría así” (equivalente a “¿cómo podría usted no hacerlo”), subrayando la incompreensión fundamental en torno a su quehacer. Dos registros de la realidad entran en conflicto, sostenidos por las malas relaciones imperantes en el seno de la familia, con la cual convive Rosalba.

La cuidadora sigue con su trabajo, apoyándose en la certidumbre de hacer lo que debe, pero el riesgo de verse desvalorada por medio del desprecio hacia su trabajo es real. Reenvía a la amenaza del “contagio psíquico y simbólico”, de “indignidad” que caracteriza el desempeño de los *dirty workers* (Lhuillier, 2005). A través del valor de su trabajo, se defiende ella misma de los estigmas que afectan el trabajo del cuerpo en situación de fuerte dependencia. Reivindica un tipo de acercamiento del otro y de conocimientos de los que las personas que cuestionan su trabajo se encuentran excluidas. Sin embargo, en un contexto marcado por la desigualdad de las relaciones, su defensa es frágil, no encuentra en ese espacio interlocutores que sepan valorar su trabajo y que sostengan y conforten su punto de vista de por sí invisibilizado por el peso del tabú y su carencia de legitimidad pública.

En la experiencia de Rosalba, los sucesivos y agresivos rechazos por parte de la familia hacia los aspectos socialmente más desvalorados de su trabajo de cuidado se acompañan del riesgo de ceder ante órdenes

moralmente reprobables³⁴ (administrar sedantes al doctor u obtenerles un poder sobre sus cuentas y propiedades), dejando a la cuidadora al borde del quiebre personal. Esta experiencia ha sido afectivamente “desastrosa”, “terrible para [ella]”; a tal punto que, para la cuidadora, su cuerpo también manifiesta el desgaste al dispararse su diabetes, algo inconcebible para esta mujer de buen comer. Si las defensas implementadas frente el desdén familiar y a la no comunicación posible le permitieron aguantar y todavía sostienen en su relato el valor de su trabajo, no pudieron protegerla de una impresión de fracaso generalizado que la afectó profundamente.

El sentido del trabajo de cuidado, entre “trabajo sucio” y “obra propia”

En las partes anteriores, hemos descrito algunos aspectos del trabajo de cuidado de adultos mayores muy dependientes realizado en condiciones particularmente difíciles (a domicilio, en condiciones de soledad y encierro, privadas de sólidos soportes de reconocimiento). Las actividades de las cuidadoras, y particularmente las que suponen la confrontación con la vulnerabilidad humana, inscriben su trabajo en el campo del *dirty work*. Siguiendo la línea de E. Hugues (1996), el “trabajo sucio” analizado por D. Lhuillier (2005) abarca actividades de confrontación con la suciedad, la transgresión, lo degradante y humillante, las dimensiones tabú de la existencia humana. Íntimamente relacionado con los procesos de delegación laboral (la división social y moral del trabajo), el trabajo sucio se caracteriza por la precariedad del sentido que los trabajadores le pueden otorgar (*ibid.*). Siguiendo a esta autora, el trabajo del cuerpo es desvalorizado, y se acompaña del riesgo de sufrimiento narcisista a partir de una desvalorización de la actividad que “contagia” (psíquica y simbólicamente) a quienes la realizan (*ibid.*; Molinier, 2005, 2009), llevando a las cuidadoras a transformar la carga negativa de su

³⁴ El riesgo no es sólo moral. La negación de la cuidadora de sedar al doctor refleja su posición subordinada en el hogar y la sociedad argentina: se defiende de antemano de su posible acusación, ya que es fácil, recuerda, echarle la culpa a una migrante que no tiene documentos.

trabajo para apropiárselo y poder construir una identidad positiva, que recupere lo socialmente valorado de su actividad (la entrega y el amor).

Sin embargo, la mera descripción de sus actividades y las condiciones laborales no acaban con los significados que las trabajadoras desarrollan del cuidado. En los relatos de sus experiencias, las cuidadoras manifiestan placer, e inclusive orgullo, al describir sus habilidades y buen desempeño que pasan por la descripción del ser cuidado que representa su trabajo. Si “la ausencia de obra en la actividad de los agentes [obreros de la electricidad] se manifiesta a través de su silencio casi total sobre el producto de su actividad” (Jobert, 2005: 75), este tipo de descripciones (del “producto” de su actividad que se materializa en el ser cuidado y su bienestar) sí aparece en algunos relatos de cuidadoras como fruto de una producción propia, de un trabajo de creación marcado por el sello de la vitalidad, aunque (o justamente *porque*) la persona cuidada fruto de su labor esté condenada a desaparecer con la muerte. Las condiciones desgastantes de su trabajo son las mismas que sostienen la posibilidad de esa creación: la soledad y la exclusividad. En este sentido, se distinguen de otros empleos cercanos, como el trabajo de cuidado en instituciones (marcadas por la presencia de un colectivo de trabajo y los constreñimientos organizacionales), el empleo doméstico (que recompone espacios configurados por otros) o el cuidado de niños (marcado por la centralidad de sus progenitores que pautan el trabajo realizado). Las cuidadoras se abocan al “cuidado integral del paciente” (Balzano, 2012: 112), abordado desde su totalidad como ser humano, más allá de las divisiones entre lo físico y lo mental, el cuerpo objeto de trabajo valorizado o sucio, de lo aceptable y prohibido o tabú.

El trabajo de cuidado incluye el trabajo de la relación de cuidado y la transformación de las dificultades cotidianas, físicas, materiales, afectivas, en tantos desafíos que las trabajadoras buscan superar (Borgeaud-Garciandía, 2013). Esta superación, que implica experimentar y apreciar su capacidad de acción (Doniol-Shaw, 2009), se materializan en el bienestar de la persona cuidada, su preservación del lado de la vida. Olga manifiesta su orgullo de haber logrado convencer a uno de sus asistidos y de haberlo acompañado en un proceso de recuperación de su capacidad de caminar solo, sabiendo que con esa recuperación

la cuidadora perdía su trabajo. Marisa, Estrella, Rosalba gozan de las expresiones de placer de las ancianas que disfrutaban sentirse elegantes. El juicio de los otros, profesionales de la salud, allegados, aparece como fundamental para reafirmar la legitimidad de su quehacer y su “buen cuidado” y poder repatriar este reconocimiento en el registro de su identidad de “buena cuidadora” (Gernet, Dejours, 2009).

Algunas experiencias atestiguan trabajos de cuidado subjetivamente “virtuosos” cuando la cuidadora ve su “buen trabajo” en el otro, en la tranquilidad y el bienestar del asistido, fruto de su desempeño. A través de los relatos, la transformación “virtuosa” del anciano cuidado toma cuerpo en una forma de creación u obra propia. Una obra, socialmente importuna, finita, condicionada por la mortal condición humana, que acepta e integra. En este sentido dista tanto de la obra definida por Arendt (1961), caracterizada por su durabilidad más allá de la existencia humana que trasciende, como de su concepto de trabajo que, si bien concierne a las actividades de reproducción de la vida, se caracteriza por su mera e infinita repetición y no apela al coraje. El trabajo analizado sigue paso a paso la evolución del asistido, se inscribe no en la repetición sino en la transformación e imprevisibilidad, e implica desarrollar un forma de coraje –“coraje moral” (Marché-Paillé, 2010)– que permita enfrentarse con la vulnerabilidad humana, penetrar lo desconocido, reconocer las sombras de la muerte y las huellas del miedo, y seguir trabajando en que perduren los asistidos como “sujetos de deseo” pertenecientes al mundo de los vivos, a pesar de los riesgos de desprestigio social. ¿Será entonces que esta creación del cuidado, que sin duda invierten narcisísticamente, les permite exorcizar cada día la presencia de la enfermedad y la muerte y, a través del dominio del objeto de sus cuidados, evacuar sus afectos negativos a través de la prolongación y mejora de la vida?

“Las tienen como muñecas”: esta frase fue expresada de manera peyorativa por una universitaria que ilustraba formas de maltrato de las cuidadoras hacia las ancianas cuidadas. Si la sobre-maternalización infantilizante o los riesgos de “fagocitación afectiva” existen, para las cuidadoras hacer que las ancianas “estén lindas”, apelar a su coquetería, es según nuestra interpretación, buscar tenerlas entre los humanos, del

lado de la vida. Representa precisamente una manera de preservarlas y preservarse del maltrato que la irritación, el agobio y el cansancio facilitan. Las apreciaciones (defensivas) parecen irreconciliables: “maltrato” *versus* “buen cuidado”, “irrespeto” (que también calificaría las risas y el humor desplegado ante las manifestaciones del deseo) *versus* “humanización del asistido”. En los relatos, las historias se suceden. Aun cuando las cuidadoras muestran satisfacción con el resultado de su trabajo, cuando es presentado como una “obra” propia, cada final manifiesta su fragilidad, sea por la falta de reconocimiento de los familiares, sea por el apremio en encontrar un nuevo empleo, el cual requerirá a su vez un nuevo e intenso trabajo sobre la relación y los afectos (propios y ajenos) para poder hacer frente a las múltiples facetas del trabajo de cuidado.

A modo de cierre

Tomando como objeto de análisis los relatos de cuidadoras sobre su vida y su trabajo, buscamos dilucidar algunos aspectos de la relación subjetiva que desarrollan con aspectos socialmente desvalorizados de su trabajo, en contextos de empleo que implican una convivencia larga y sostenida entre la cuidadora y el asistido. El análisis se asienta en la articulación de las nociones de “trabajo sucio”, “trabajo emocional” y “defensas”, que permiten arrojar algo de luz sobre la compleja construcción de significados y relación que elaboran las cuidadoras con su trabajo.

Ante los riesgos de estigmatización social y desvalorización personal que conlleva el contacto con lo más íntimo y temido de la vida humana, las cuidadoras elaboran estrategias afectivas que les debe permitir a la vez llevar adelante su trabajo, darle connotaciones positivas para poder apropiárselo, y protegerse de sus efectos en su desarrollo concreto. Encerradas de manera continua con la persona a cuidar, los riesgos de saturación, de enajenación, de maltrato son reales. El intenso trabajo que las cuidadoras realizan sobre el entorno afectivo y la estabilidad emocional del asistido resulta indispensable para controlar estos riesgos. Pasa a su vez por un trabajo constante sobre sus propios sentimientos, continuamente solicitados y desafiados. Pero los afectos

elaborados no sólo son adaptativos sino defensivos. Paradójicamente, ayudan a protegerse de manifestaciones afectivas menos controladas que amenazarían su labor y su identidad en situaciones en las cuales la amenaza de desprestigio, social, individual, es real (contaminación por el trabajo sucio, oprobio por el maltrato).

Las cuidadoras trabajan activamente no sólo en contener sino en producir un espacio de desempeño emocionalmente controlado. Implica diferentes niveles de actuación. Además de la defensa subjetiva y de la necesidad de poder llevar adelante su trabajo, permite por ejemplo asentar una posición más firme dentro de relaciones laborales fuertemente desiguales (Borgeaud-Garciandía, 2014). Por un lado, las lleva a elaborar afectos que van en contra de las convenciones sociales dominantes (como en relación al “trabajo sucio”) para poder, por otro, responder mejor a otra exigencia social (de amor y atenta vigilia, apoyándose ella misma, si es necesario, en estereotipos de género y “raza”: “la peruana naturalmente dada a los adultos mayores”) y asentar una mirada positiva sobre sí (que en ocasiones se materializa en una “obra”). La confrontación con la socióloga y la construcción de un relato propio pueden, en este contexto, pensarse como una oportunidad de medir y validar la adecuación entre exigencias laborales y construcción de sí como profesional. El relato es a su vez objeto de trabajo emocional, dirigido hacia la entrevistadora y hacia sí. Pero el equilibrio es frágil y aparece en los múltiples límites que la realidad opone a las defensas que elaboran, día tras día, las cuidadoras. Porque enfrentan una lucha desigual, que van dando sin poder evitar el profundo desgaste físico y mental y la amenaza constante de quiebre emocional.

Referencias

- Arendt, H. (1994): *La condition de l'homme moderne*. Paris: Calmann-Lévy [1961].
- Balzano, S. (2012): “Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: una mirada etnográfica”, *Cuadernos de Antropología Social*, n°35.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2013): “En la intimidad del cuidado de ancianos de-

pendientes: la experiencia de cuidadoras “cama adentro” en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, en L. Pautassi y C. Zibecchi (org.), *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*, Buenos Aires: Biblos.

Borgeaud-Garcandía, N. (2014): “Relations de care, affects et dominations. Le care à demeure à Buenos Aires”, *Revue des Sciences Sociales*, n°52.

Dadoun, R. (2012): “Corps mortel, immortelle libido”, *Gérontologie et société*, n°140.

Dejours, C. (2004): “Ingéniosité et évaluation”, *Psychiatrie française*, n°35.

- (2009): *Travail vivant. 1: Sexualité et travail*. Paris: Payot.

Doniol-Shaw, G. (2009): “L’engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes”, *Travailler*, n°22.

Gernet, I. y Dejours, C. (2009): “Évaluation du travail et reconnaissance”, *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 8.

Giami, A. y Ory, L. (2012): “Constructions sociales et professionnelles de la sexualité dans le contexte de la maladie d’Alzheimer”, *Gérontologie et société*, n° 140.

Hirata, H. (2016): “Subjetividade e sexualidade no trabalho de cuidado”, *Cadernos Pagu*, n°46.

Hochschild, A. (2003): “Travail émotionnel, règles de sentiments et structure social”, *Travailler*, n° 9 [1979].

(2008): “Amor y Oro”, en A.R. Hochschild, *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Madrid-Buenos Aires: Katz, [2003].

Hugues, E.C. (1996): *Le Regard sociologique, Essais choisis*. Paris: Ed. de l’EHESS [1951, 1956, 1958, 1970].

Jobert, G. (2005): “Engagement subjectif et reconnaissance au travail dans les systèmes techniques”, *Revue internationale de psychosociologie*, 24 (vol. XI).

Kristeva, J. (1980): *Pouvoirs de l’horreur*. Paris: Seuil.

Laé, J.F. (2003): “L’intimité: une histoire longue de la propriété de soi”, *Sociologie et Sociétés*, vol I.XXXV, n°2.

Laé, J.F. (2004): “Les « beaux cas » de Michel Foucault”, *Le Portique*, n°13-14.

Lhuillier, D. (2005): “Le sale boulot”, *Travailler*, n°14.

Marché-Paillé A. (2010): “Le dégoût dans le travail d’assistance aux soins personnels, s’en défendre mais pas trop”, *Travailler*, n°24.

Molinier, P. (2005): “Le care à l’épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets”, en S. Laugier y P. Paperman (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris: Raisons Pratiques.

- (2006): *Les enjeux psychiques du travail*. Paris: Payot & Rivages.

- (2009): “Quel est le bon témoin du care ?”, en P. Molinier, P. Paperman y S. Laugier (dir.), *Qu’est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Payot & Rivages.

- (2010): “Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail”, *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°10.

- (2015): “Histoire de la vieille bouchère et autres récits. L’autodérision et la

création du semblable dans le travail de soin”, *Champ Psy*, n°67.

Ribes, G. (2012): “Regards sur l’intimité du dément”, en *Gérontologie et société*, n° 140.

Schwartz, O. (1990): “Le baroque des biographies”, *Les cahiers de philosophie*, n°10.

Soares, A. (2012): “As emoções do care”, en *Cuidado e cuidadoras. As varias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas.

Subjetividad y sexualidad en el trabajo de cuidado

Helena Hirata

Introducción

En Francia, hoy en día se registran nuevas orientaciones en la sociología del trabajo, del género y del *care*.

Entre los años 1980 y 2000 en ese país, las investigaciones sobre trabajo y empleo desde una perspectiva de género dominaban el panorama de los *gender studies*³⁵; ahora bien, se puede decir que en los últimos diez años ha crecido el campo de estudios donde la sexualidad es central. Más allá de los pioneros de esta área de estudios, como Michel Bozon (1991, 1999), se verifica un desarrollo significativo de las investigaciones en este campo (Fassin, 2003, 2005; Clair, 2008; Dorlin, 2008³⁶). El lugar que ocupan la sexualidad y el cuerpo en el análisis del trabajo, presentes en obras anglosajonas desde los años 90 (Adkins, 1995),

³⁵ Sería difícil mencionar todas las investigaciones de ese período y aun limitándonos a mencionar tan solo dos nombres, Danièle Kergoat y Margaret Maruani, sus obras son tan vastas que sería difícil citar aquí todas las referencias necesarias. Se puede mencionar la cuarta edición, de 2011, de *Travail et emploi de femmes*, de Margaret Maruani, editado por primera vez en 2000, que propone una síntesis de los conocimientos adquiridos a lo largo de las dos décadas anteriores gracias a sus investigaciones (salió una quinta edición en el 2017 (NDT)). Asimismo, pueden mencionarse las del equipo de investigadoras del área de género y trabajo en Francia, y el libro *Se battre, disent-elles* de Danièle Kergoat (2012), una recopilación de sus principales textos, publicados a partir de 1978.

³⁶ Ese libro analiza, desde una perspectiva feminista, las relaciones entre sexo, género y sexualidad, tres diferentes acepciones de “sexo”, según la autora.

también se volvieron más visibles recientemente en Francia, a partir de investigaciones sobre el trabajo de cuidado de las auxiliares de enfermería (Molinier, 2009) o el trabajo de las enfermeras (Giarni *et al.*, 2013).

Otra orientación que ha suscitado un interés creciente en la sociología del trabajo y del género se relaciona con los lugares de la subjetividad, del afecto y del trabajo emocional. Los trabajos pioneros en psicodinámica del trabajo de Christophe Dejours (1980) les dieron un fuerte impulso a los temas “subjetividad” y “trabajo”, además de que tuvieron cierta repercusión e influencia sobre los sociólogos desde principios de la década de 1990.³⁷ Por su parte, la obra de Arlie Hochschild (1987), pionera de la incorporación de la dimensión de las “emociones” en el análisis del trabajo e impulsora de una nueva subdisciplina, la sociología de las emociones, solamente comenzó a tener cierta receptividad en Francia en los últimos años, sobre todo gracias a las investigaciones sobre el trabajo de cuidado.

Las dimensiones del trabajo de cuidado

Según Angelo Soares (2012), cuyas investigaciones se inspiran en la sociología de las emociones, se destacan cinco dimensiones del trabajo de cuidado, entre las cuales las dimensiones corporal y sexual están claramente presentes. Las cinco dimensiones son, a saber: 1) una dimensión física: el contacto corporal, presente en actividades como limpiar excrementos, bañar, colocar sondas, realizar la higiene de las partes íntimas, etc.; 2) una dimensión cognitiva: reconocer la medicación, observar ciertos horarios, reconocer síntomas clínicos; 3) una dimensión sexual: utilización del cuerpo de la trabajadora en la producción de los cuidados; 4) una dimensión relacional: interacción, comunicación, capacidad de escucha; 5) una dimensión emocional: importancia de las emociones en el trabajo de cuidado, prescripción de emociones para la realización del trabajo y del control emocional. Pascale Molinier (2012)

³⁷ Así, Danièle Kergoat (2001: 89) decía que en la medida en que “la actividad de trabajo es productora de sí mismo”, no podemos “pensar el trabajo, inclusive sociológicamente, sin tener en cuenta la subjetividad”.

también propone cinco diferentes facetas o descripciones del trabajo de *care*: como *gentleness*, *know-how* discreto, trabajo sucio (*dirty work*), trabajo inestimable y también como narrativa política (2012: 30-41). El “*savoir-faire* discreto” es una noción que remite al trabajo invisible y por lo tanto, es poco reconocida. Más interesantes aún, y directamente vinculadas con el tema de esta contribución, son sus investigaciones sobre unidades de adultos mayores dependientes, en las cuales la autora muestra cómo el aspecto sexual forma parte de la actividad de trabajo y de las competencias profesionales de las cuidadoras. Molinier (2009) presenta el caso del Sr. Georges, que sufre de demencia senil. A la hora de ser higienizado y vestido, él solamente se tranquilizaba y dejaba de agitarse si las cuidadoras lo dejaban tocarles una parte erótica de su cuerpo, diferente para cada una: “Besos en el cuello, mano en la cola, manos alrededor de la cintura, e inclusive una tentativa de tocar los senos de una corpulenta matrona” (Molinier, 2009: 237). Lejos de ser excepcional, este comportamiento es, según la autora, común y corriente en las instituciones de larga permanencia para adultos mayores. Dentro de este contexto, el “buen” *care* sería aceptar de manera medida y circunscrita los avances del anciano. Pero esta aceptación controlada tendría que ser fundamentalmente objeto de discusión y de una construcción normativa dentro del colectivo de trabajo. Eso significa la socialización de los problemas que enfrentan las cuidadoras en su contacto con el anciano, el debate y la intercomunicación sobre estas cuestiones, y el establecimiento de reglas y normas aceptadas por el colectivo de trabajo con base en la discusión.

Trabajo de cuidado y sexualidad

Las características que se han presentado acerca del cuidado y la relación entre lo sexual y el cuidado muestran la complejidad de este empleo, así como la dificultad en aprehender las fronteras entre sus diferentes dimensiones: el amor, el afecto, las emociones no son del dominio exclusivo de las familias; el cuidar, el “hacer”, las técnicas no parecen ser del dominio exclusivo de las trabajadoras del cuidado. La

sociología de las emociones puede ser útilmente convocada para ayudar al análisis del trabajo de cuidado.

Resulta notable la ausencia de la dimensión de la sexualidad en las teorías y en las prácticas profesionales del cuidado, con raras excepciones, cuando la gerontología se empeña en demostrar que la sexualidad no se extingue con la vejez. Como dicen Debert y Brigeiro (2012), para la gerontología “no hay vejez plena sin una vida sexual gratificante”. En ese sentido, las investigaciones de Pascale Molinier, que constituyen una excepción (2005, 2009), subrayan la invisibilidad del trabajo de cuidado que recurre a los “*savoirs-faire* discretos”. La autora muestra que esa actividad no puede pensarse independientemente de lo sexual. Aunque pueda resultar menos problemático separar por un lado deseo sexual y vejez, y por otro sexualidad y competencias profesionales, es imposible evacuar la dimensión de lo sexual, constitutiva de las relaciones de cuidado, en institución o a domicilio. Con ejemplos concretos, como el del Sr. Georges, Molinier muestra hasta qué punto el trabajo de cuidado y la creación de colectivos dependen de estas interacciones, en las cuales lo sexual está presente y las respuestas posibles a los beneficiarios de los cuidados forman parte del oficio y de la construcción de la profesionalidad.

A partir de investigaciones sobre cuidadoras domiciliarias migrantes en Buenos Aires y el trabajo concreto, que muchas veces se traduce en *dirty work*³⁸ junto a las personas ancianas, Natacha Borgeaud-Garciandía responde a las preguntas: “¿Será lo mismo cuidar a un hombre que a una mujer?”, y cómo reaccionar ante diferentes gestos sexuales, a veces vividos como una reificación del cuerpo de la cuidadora, asimilada con situación degradante, u otras veces tomados como gesto susceptible de simbolización y reinversión en el trabajo (Marché-Paillé, 2010: 43). Para Borgeaud-Garciandía, el análisis de la

³⁸ Este concepto de Everett Hughes (1951, 1956), de los años cincuenta, ha sido retomado de manera bastante sistemática por las teorías del *care* en Francia a partir de mediados de los años 2000, en la medida en que apunta a una característica central de la actividad de cuidado, que al mismo tiempo es ocultada en las descripciones idealizadas de esa actividad. Cf. por ejemplo, el dossier “*Sale boulot, boulot sale*” de la revista *Travailler* (2010) y Molinier (2012). Aunque el trabajo material de limpieza de los desechos (heces, orina, sudor, esperma, sangre, etc.) sea considerado “trabajo sucio”, en esta investigación, los cuidadores consideraban, casi unánimemente, que el trabajo que realizaban no era “trabajo sucio”.

sexualidad y de la intimidad del anciano dependiente es indisociable del análisis del cuidado que recibe y del cuidador: “Lo sexual y la sexualidad forman parte de estas dimensiones del cuidado que comprometen el individuo en su totalidad, su subjetividad, su intimidad y su propia sexualidad, sus afectos” (Borgeaud-Garciandía, 2015).

A partir de estas perspectivas teóricas que integran la subjetividad, el cuerpo sexuado y las emociones en el análisis de la actividad de trabajo, a continuación se analizan y presentan algunos resultados de investigación sobre teoría y práctica del cuidado dentro de una perspectiva de comparación internacional.³⁹

Trabajo y subjetividad

Partiendo del interrogante del filósofo francés Eric Hamraoui (2013): “¿No será que lo que denominamos sufrimiento en el trabajo reenvía más que nada a la relación con la vida y la muerte?”. En la prolongación de la psicodinámica del trabajo de Christophe Dejours (1980, 2009), Hamraoui indica que el sufrimiento es anterior al cara a cara con la situación de trabajo:

“Nacido del encuentro de una resistencia opuesta a la voluntad o al deseo, el sufrimiento constituye, desde un punto de vista antropológico y clínico, el modo de transformación, de desarrollo y de revelación de la subjetividad a sí misma” (Hamraoui, 2013: 117).

³⁹ Comparación entre Brasil, Francia y Japón realizada en 2010-2011 junto a cuidadoras domiciliarias y en instituciones de larga permanencia de adultos mayores. En Brasil, con el apoyo de la Universidad de San Pablo y del Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), y el financiamiento de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP); en Japón, con la colaboración de la Universidad Hitotsubashi y del equipo IMAGE y financiamiento de la Fundación Japón; en Francia, gracias a la Universidad de París y al Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS). En los tres países, se realizaron en tres establecimientos cerca de treinta entrevistas con cuidadoras, auxiliares/técnicos de enfermería y enfermeras. Las entrevistas con cuidadoras domiciliarias fueron realizadas en las asociaciones (Francia), empresas sin fines lucrativos (Japón) y sindicatos (Brasil). En total, se hicieron 330 entrevistas semi-dirigidas (generalmente de 35m a 1.15h de duración): 235 *care workers* que trabajaban en instituciones y 95 a domicilio. Colaboraron en la realización de las entrevistas y discusión sobre ese campo, Myrian Matsuo, investigadora de Fundacentro de San Pablo, Efthymia Makridou, doctoranda de la Universidad de París 8/CRESPPA-GTM en esa época, y Ayaka Kashiwazaki, en ese entonces estudiante de la maestría de la Universidad Hitotsubashi, que no realizó entrevistas pero sí ayudó a preparar el trabajo de campo en Japón.

En el cuidado de los adultos mayores, la pregunta de Hamraoui es casi retórica, aunque el sufrimiento también proviene de la discriminación (racismo) o de las políticas de gestión (la “falta de personal”).

El sufrimiento en el trabajo: el racismo

Un cuidador varón, negro, de 45 años, de origen extranjero radicado en París, expresa sufrimiento y rebelión contra el racismo de los ancianos que residen en una institución pública francesa que le dicen: “¿Qué hace usted en mi país?! ¿Cuándo se va?!” Cuenta asimismo de un anciano que le decía a un cuidador negro, que había nacido en Francia: “Váyase para su país”; o el caso de una anciana que le aconsejaba a una cuidadora blanca: “No haga este trabajo, déjeles este trabajo a `los otros””, quien además escondía una caja de bombones para ofrecerlos únicamente a los cuidadores blancos.

En cuanto al sufrimiento generado por las políticas de gestión de tipo *lean production*,⁴⁰ con un “estrujamiento” máximo del personal y la falta de empleados para la ejecución de todo el trabajo, en las instituciones analizadas en los tres países los trabajadores resaltaron la cantidad de adultos mayores a cuidar en relación con los pocos cuidadores. En particular fue comentado por trabajadoras polivalentes que, en Francia, cuidan a los enfermos con mal de Alzheimer, porque ellas también tenían como tareas el cuidado de los ancianos, la preparación de las comidas y las meriendas, la limpieza, el lavado de ropa, etc. Existía una división de tareas en casi todas las instituciones y la preparación de las comidas, la limpieza, el lavado de ropa y otras actividades eran con raras excepciones tercerizadas.

⁴⁰ En español se conoce como “manufactura ajustada”. El concepto, asociado a la idea de un “modelo japonés”, apunta a una producción racionalizada, sin desperdicios, en tiempo real (*just in time*) (NDT).

La relación subjetiva y el trabajo de cuidado: la muerte de los adultos mayores

“Al día siguiente, ella falleció, la señora... Muchas veces sueño. [...] Eso [lo que sucedió] me marcó”. Es posible aprehender claramente en esta cita los límites del trabajo emocional, del control de las emociones. No se puede controlar el funcionamiento psíquico, los sueños, las dificultades para dormir. Cuenta una cuidadora de una institución de larga estadía para adultos mayores en Francia:

Ese día, un colega dijo: la Sra. X no se encuentra bien [...] ella no soltó mi brazo hasta que se fue tranquilamente [...]. Su hija quiso saber. Se quedó contenta (de que yo hubiera estado con su madre). Después me quedé en estado de shock. No estaba bien. Me deprimí. Una crisis de angustia [...] Sentir el peso. Contar. Después de dos días (estaba mejor). ¡Eso me marcó mucho!

Las consecuencias del trabajo de cuidado que implican la enfermedad y la muerte sobre la salud mental y psíquica de la trabajadora, se ven claramente en esa respuesta a nuestra pregunta: “¿Ha habido algún hecho inolvidable, algo que la marcó en su vida laboral?”. La depresión y angustia padecidas, sobre todo cuando se trataba de ancianos con los que había habido una convivencia de muchos años, como era frecuente en estos relatos, marcaron durablemente sus memorias. La culpa es otro sentimiento que surge de la relación subjetiva con el trabajo.

Después de muchos años, los cuidadores de una institución pública de larga estadía de ancianos mayores en Francia todavía recuerdan la desaparición de un anciano con mal de Alzheimer, que logró burlar la vigilancia y salir de la institución. Nunca más lo encontraron: “No somos lo suficientemente cuidadosos. No hay código en el ascensor o en la puerta de salida”. Asimismo, años después, los cuidadores de una institución similar en Japón se acuerdan del suicidio de un anciano que se tiró del segundo piso: “No somos tan cuidadosos. Se tiró por la ventana frente a nosotros y no pudimos hacer nada”.

Trabajo y sexualidad: cuidado y calificación “tácita”

El sentimiento de culpa puede, en algunos casos, estar directamente relacionado con la sexualidad. Entrevistamos a una joven cuidadora de 21 años, en Japón, que se sentía responsable por la caída de un anciano que la había manoseado en el momento en que ella le iba a dar el baño. Sueko comenta: “Un accidente. Dejé resbalar al residente en el momento del baño. Tuve mucho miedo. Un residente al que le gustaba manosear. Pero no hacía eso para mal. Mi impresión es que tenía sus razones. Difícil, el cuidado [kaigo]”.

Además de este episodio, ocurrido durante sus primeros meses de trabajo, también cuenta que tenía un novio, introduciendo así la cuestión planteada por Molinier, evocada más arriba, acerca del “buen” cuidado y la competencia profesional que implica una posición en relación con la sexualidad, tanto del proveedor como del beneficiario del cuidado. Dejar caer al anciano no demuestra la calificación necesaria para el puesto, pero no se puede obligar a una trabajadora a aceptar el acoso sexual del adulto mayor con el pretexto de que tiene problemas cognitivos y de dominio de su cuerpo. Saber reaccionar ante una situación de imprevisto es prueba de calificación, como en la industria de proceso continuo o la aeronáutica, en las que la calificación del trabajador se ve en situaciones de imprevisto, pues durante las largas horas de rutina no pasa nada. Sandra, una cuidadora francesa de 52 años, sostiene:

Es preciso saber reaccionar, no podemos ser bruscos, necesitamos hacer entender que estamos aquí, que deben tenernos respeto, que no pueden hacer eso [...] tenemos aquí un señor que realmente [...] nos habla, nos dice cosas y es necesario ponerle límites, diciéndole a él que no. Estamos aquí para ayudarlo, no estamos aquí para ser manoseadas o para ser tocadas. El señor me debe respeto, así como yo le debo respeto. Pero, sabe, es normal, así es la vida.

Es necesario pensar en la relación entre la experiencia traumática de Sueko y la capacitación requerida para ser cuidadora (*care worker*). Todas las profesionales entrevistadas en los tres países afirman que no

había módulo de formación en relación con la cuestión de la sexualidad en el trabajo de cuidado. Entre tanto, las cuidadoras en Francia eligieron una alternativa, también evocada por Molinier: exponer lo acontecido y discutirlo en reuniones del colectivo de trabajo. “Dejar acontecer” podría ser parte del “saber hacer discreto”. Molinier resalta la importancia del colectivo para construir “acuerdos normativos”. El papel del grupo para discutir y pensar conjuntamente en las soluciones y establecer normas ante esta irrupción de la sexualidad en el trabajo de cuidado parece fundamental y, sin embargo, está muy poco presente en las instituciones. En la soledad de la actividad en el domicilio, la cuestión es más difícil y crucial aún (Borgeaud-Garciandía, 2012).

Conclusión

Se sostiene aquí que la teoría de la sexualidad (Dejours, 2002) y la de la división del trabajo (Kergoat, 2001, 2012) pueden ser combinadas para aprehender la dimensión del trabajo en el funcionamiento psíquico y, a la inversa, para hacerlo con las funciones psíquicas que operan en la división del trabajo. La actividad de cuidado, por su complejidad, representa un *locus* heurístico para pensar estas interrelaciones y aprehender el lugar de la sexualidad en el trabajo, en los determinantes de la calificación y las competencias necesarias para obtenerlo, y en las cuestiones identitarias relacionadas al proveedor y al beneficiario de los cuidados. Se trata de una pista de investigación que ha sido poco explorada, pues la cuestión de la sexualidad poco se ha tratado en la literatura sobre el trabajo de cuidado, tanto en Francia como en Brasil y en Japón, y por eso mismo es necesario proseguir y avanzar sobre estas cuestiones.

Referencias

Adkins, L. (1995): *Gendered work: sexuality, family and the labour market*. Buckingham: Open University Press.

Borgeaud-Garciandía, N. (2012): “Le ‘care’ à demeure. Une approche du travail des cuidadoras migrantes à Buenos Aires”, *Travailler* n° 28, pp.75-100.

Borgeaud-Garciandía, N. (2015): “Relatos, emociones y sexualidad de las personas mayores con demencias seniles. Las cuidadoras sin retiro en la Ciudad de Buenos Aires”, comunicação apresentada no *Seminário Gênero, trabalho, cuidado: pistas e desafios*, realizado pelo Depto de Sociologia-USP, São Paulo, 19 out. 2015. Publicación: “Coquines et polissonnes. Dans l’entre-soi des personnes âgées et des aides à domicile à Buenos Aires”, en Damamme, A., Hirata, H., Molinier, P. (dir.) (2017), *Le travail entre public, privé et intime. Comparaison et enjeux internationaux du care*. Paris: L’Harmattan.

Bozon, M. (dir.) (1999): Dossier “Sur la sexualité”, *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, n°128.

Bozon, M., Leridon, H. (org.) (1993): “Sexualité et sciences sociales”, *Population* n° 5, número especial, pp.1173-1550.

Clair, I. (2008): *Les jeunes et l’amour dans les cités*. Paris: Armand Colin.

Debert, G., Brigeiro, M. (2012): “Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice”, *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 27, n° 80, pp.37-54.

Dejours, C. (1993): *Travail: usure mentale – De la psychopathologie à la psychodynamique du travail..* Paris: Bayard (2ed).

- (2002): “Les rapports domestiques: entre amour et domination”, *Travailler*, n° 8, pp.27-43.

- (2009): *Travail vivant. 1: Sexualité et travail*. Paris: Payot.

Dorlin, E. (2008): *Sexe, genre et sexualités*. Paris: PUF, Philosophiques.

Fassin, E., Fabre, C. (2004): *Liberté, égalité, sexualités : actualité politique des questions sexuelles*. Paris: Belfond/Le Monde (réédition augmentée, 10/18).

Fassin, E. (2005): *L’inversion de la question homosexuelle*. Paris: Amsterdam.

Giami, A., Moulin, P., Moreau, E. (2013): “La place de la sexualité dans le travail infirmier: l’érotisation de la relation de soins”, *Sociologie du Travail*, n° 55, pp.20-38.

Hamraoui, E. (2014): “Souffrance au travail, politiques de santé publique, management humaniste et évaluation: la vie pour enjeu de questionnement”, en Mendes, A.M., Moraes, R.D., Crespo Merlo, A.R. (org.) (2014): *Trabalho e sofrimento. Práticas clínicas e políticas*, Curitiba: Jurua, pp.115-138.

Hochschild A. R. (1979): “Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure”, *American Journal of Sociology*, vol. 85, n° 3, nov., pp.551-575.

Hughes, E. (1956): “Social Role and Division of Labour”, *Midwest Sociologist*, 17(1), pp.3-7. [Traducido en (1996) *Le regard sociologique*, Paris: EHESS, pp.61-68].

- (1951): “Work and Self”, en: Roher, J. H., Sherif, M. (eds), *Social Psychology at the Crossroads*, [Traducido en (1996) *Le regard sociologique*, Paris: EHESS, p.p. 75-85].

Kergoat, D. (2001): “Le rapport social de sexe. De la reproduction des rapports sociaux à leur subversion”, *Actuel Marx* n° 30.

- (2012): *Se battre, disent-elles...* Paris: La Dispute.

Marché-Paillé, A. (2010): “Le dégoût dans le travail d’assistance aux soins

personnels, s'en défendre mais pas trop", *Travailler*, n° 24, pp.35-54.

Maruani, M. 2011 [2000]: *Travail et emploi des femmes*. Paris: La Découverte.

Molinier, P. (2005): "Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets", en

Paperman, P.; Laugier, S. (eds.), *Le souci des autres. Ethique et politique du care*. Paris: Ed. de l'EHESS.

- (2009): "Quel est le bon témoin du care?", en Molinier, P.; Laugier, S.; Paperman, P. (dir.), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Payot y Rivages, pp.233-251.

- et al. (coord.), (2010): Dossier "Sale boulot, boulot sale", *Travailler*, n° 24.

- (2012): "Etica e trabalho do care", en *Cuidado e cuidadoras. As várias faces do trabalho do care*, Sao Paulo: Atlas, pp.29-43.

Soares, A. (2012): "As emoções do care", en Hirata, H., Guimaraes, N. A. (org.), *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*, Sao Paulo: Atlas, pp.44-59.

Trabajo remunerado de cuidado en instituciones (El caso de la enfermería)

Mujeres migrantes y la gestión de los cuidados

La enfermería en el horizonte laboral

Ana Inés Mallimaci Barral

Introducción

El siguiente capítulo tiene como fin presentar los resultados provisorios de una investigación exploratoria sobre los empleos asalariados de las mujeres migrantes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). En este sentido, cuando se reconstruye históricamente la presencia de estas mujeres en la región (Cacopardo, 2011; Mallimaci, 2015), se revela una relación significativa con los “empleos remunerados vinculados al cuidado”, especialmente con el empleo doméstico. Ha existido una sobre-representación de mujeres migrantes en empleos que requieren ciertos saberes que se sustentan en una supuesta naturaleza femenina, como si se pudieran trasladar los conocimientos adquiridos en las tareas vinculadas con el hogar al mundo laboral. Del mundo heterogéneo que se desprende de esta definición, este trabajo se concentra en las mujeres migrantes que trabajan o aspiran a trabajar como enfermeras. Así, se pretende analizar la circulación laboral de este grupo de mujeres entre empleos de cuidados en el AMBA, en particular entre el empleo doméstico y la enfermería, para finalmente explorar algunas de las dimensiones de esta experiencia. Si bien actualmente existe un importante desarrollo de trabajos vinculados al tema de la enfermería y la migración, el foco suele ponerse en la “migración de enfermeras” en

contextos de globalización y su impacto para los servicios de salud de los países de origen y de destino (Malvárez, 2007; Malvárez y Castrillón, 2005; Rodríguez G. et al, 2014; OPS, 2011). Sin embargo, la relación de la migración con la enfermería en el contexto argentino reviste otras características. Si bien es posible advertir la presencia de enfermeras que migran hacia la Argentina⁴¹ se trata de un fenómeno reducido si se lo compara con la elección de esa actividad como carrera por parte de la población migrante que ya residía en el país.

A partir de estos lineamientos se intenta reflexionar sobre el rol de las mujeres migrantes en el mercado de trabajo argentino y su importancia en la atención de los cuidados de la población nacional. Por ello, en un primer apartado, se detallan las especificidades del vínculo entre migración y empleos de cuidado en Argentina, esbozando algunas definiciones sobre el significado de los “empleos de cuidado”. Se intenta dar cuenta de las particularidades del caso estudiado, que impide traslaciones sencillas de resultados de investigaciones sobre “cuidados y migraciones” pensados para otras realidades y tradiciones migratorias. En un segundo momento, se exponen elementos conceptuales relacionados con la enfermería como opción laboral en este país. En el tercer apartado, se presenta un avance de los resultados provisorios de la investigación, que permiten enunciar algunas ideas generales sobre la presencia migrante en el campo de la enfermería en el AMBA.

Los procesos migratorios y “los cuidados” en la Argentina

Empleos de cuidados como nichos laborales migrantes

La agenda internacional de los estudios migratorios ha mostrado, en los últimos años, la importancia del análisis de los empleos de cuidado en el marco de la migración femenina, generando conceptos como *carework*, cadenas globales de cuidados y afectos, etnización de la reproducción social, maternidad transnacional y trabajo de reproducción social (Hondagneu-Sotelo y Estrada y Ramírez, 2011; Rodríguez Enríquez, 2012).

⁴¹ Según un informe de la OPS sobre la migración de enfermeras publicado en 2011, el número asciende a 211.

Estos trabajos afirman que los empleos relacionados con el cuidado no sólo están feminizados, sino que también están extranjerizados y, en términos de la importancia para las economías nacionales, invisibilizados.

Desde las experiencias de países desarrollados, la feminización de la migración y la creación de cadenas relacionadas con la gestión del cuidado se explican como parte de los efectos del envejecimiento de la población, el aumento de la tasa de actividad de mujeres y la insuficiente oferta de estructuras públicas y parapúblicas de cuidado (Orozco, 2007; Borgeaud-Garciandía, 2013). De esta manera, se define la existencia de una “crisis de los cuidados” (Hochschild, 2000), comprendida como un complejo proceso de reorganización de los trabajos de cuidados, que continúa descansando mayoritariamente sobre mujeres, pero que depende del empleo de “otras” mujeres (Orozco, 2007). Se trata de una creciente etnización y externalización de los servicios de reproducción social en el ámbito global, que agudiza las desigualdades entre las propias mujeres, básicamente a causa de la clase y la etnia/raza (Parella, 2003). En cuanto a las tareas de cuidados profesionalizadas, debe mencionarse que las transformaciones globales afectan a los sistemas de salud nacionales, aumentando las brechas y desigualdades entre los diferentes países, lo que también conlleva a un aumento en la migración de diferentes agentes de salud de países periféricos a países desarrollados. A su vez, esto representa una amenaza a los sistemas de salud de países menos desarrollados (Malvárez, 2007).

A diferencia de lo ocurrido en los países desarrollados, en el caso argentino, el lazo entre migración y servicio doméstico no es novedoso. Lo que ha ido modificándose es el origen nacional de las mujeres que se desempeñan en esta tarea (Cacopardo, 2011). Tampoco puede hablarse de una “extranjerización” de los servicios de cuidados nacionales, dado que la mayor parte de las mujeres que realizan actividades en este sector son argentinas. Sin embargo, se trata de un “nicho de trabajo” para las migrantes. Como sugieren Trpin y Vargas (2005), si bien no es posible determinar una relación lineal entre una adscripción étnico-nacional y un tipo de oficio, existe una segmentación del mercado laboral a partir de esa adscripción.

Jerarquías en los empleos de cuidado. Circulaciones y trayectorias

Esta investigación parte de una definición amplia sobre la definición de trabajadores del cuidado. Siguiendo a England, Budig y Folbre (2002, citado en Esquivel, 2010), puede entenderse por trabajadores del cuidado a los asalariados cuya ocupación conlleva la prestación de un “servicio de contacto personal que mejora las capacidades humanas de quien lo recibe” (2002, p. 455). Laura Esquivel (2010) argumenta que la inclusión de las empleadas domésticas en el análisis de las ocupaciones del cuidado se basa en la idea de que estas –en particular, los servicios que se prestan en los hogares– abarcan tanto el cuidado directo a las personas como el indirecto, es decir, el trabajo doméstico aparece como un requisito previo para que el cuidado directo pueda prestarse.

La noción amplia de “empleos de cuidados” como aglutinadora de diferentes actividades feminizadas y relacionadas con la reproducción de la vida permite establecer un marco acotado de actividades remuneradas que son asociadas a la construcción de lo femenino. En esta misma línea, se advierte cierta propensión hacia los cuidados y los afectos, donde las mujeres migrantes se han desempeñado históricamente, actividades entre las cuales ellas pueden “moverse”.

En este punto, la definición utilizada por Mignon Duffy (2005) resulta pertinente, dado que retoma el feminismo clásico para comprender las tareas de cuidado como formas asalariadas de reproducción de la vida y de la fuerza de trabajo. Esta noción ampliada incluye actividades con diferentes jerarquías, tanto las tareas destinadas al cuidado del otro, en las que se supone un lazo directo y emocional con quien es cuidado, como las que Duffy considera “el patio trasero” del cuidado, vinculadas a tareas de limpieza, cocina y maestranza. La distinción se vuelve relevante cuando se asocia a la valoración subjetiva y social que permea las diferentes labores, en estrecha relación con las diferentes condiciones de trabajo. Arango Gaviria (2011) también plantea la necesidad de diferenciaciones entre las actividades de cuidado en relación con su “honorabilidad”, prestigio y respetabilidad social. Las tareas menos “nobles” e incluso “sucias” se relacionan con el mantenimiento de las condiciones materiales de vida, los objetos

y los espacios de reproducción social. Asimismo, no son lo mismo las actividades enmarcadas en el ámbito privado que aquellas realizadas en el ámbito público, las que requieren calificaciones reconocidas y cierto grado de profesionalismo y las que no. La autora concluye que la división social, económica y moral del trabajo de cuidado es inseparable de las jerarquías y relaciones de dominación material y simbólica. La existencia de estas jerarquías demanda incluir en cualquier análisis que se pretenda realizar, la interseccionalidad de diferentes ejes de estratificación que se traducen en clivajes y relaciones de poder entre mujeres (Hirata y Molinier, 2012).

Continuando este argumento, el empleo en el servicio doméstico se ubica en las posiciones más bajas de las tareas de cuidados, tanto por sus condiciones de empleo como por su valoración social. La enfermería, por el contrario, se ubica en una posición privilegiada (aun cuando dentro del campo de las profesiones de la salud es una de las más desvalorizadas): se ejerce en el ámbito público y su ejercicio requiere, en el caso argentino, de credenciales académicas⁴².

Por otra parte, la enfermería supone un lazo directo con la persona cuidada, que determina una noción de “cuidado” más estricta que la incluida en las tareas relacionadas con el servicio doméstico, al presentarse con el objetivo de “brindar cuidado”. Según Malvárez (2002), la enfermería como concepción y práctica asume el cuidado como un valor que estructura su entrega y responsabilidad social. La centralidad del cuidado al “otro” en la concepción de la enfermería implica siempre una relación interindividual e intersubjetiva (Hirata y Molinier, 2012). Cuidar “es producir un trabajo que contribuye directamente a mantener o preservar la vida del ‘otro’ a quien se cuida” (Molinier, 2008). De esta manera, la enfermería supone prácticas de cuidado que se vinculan con lo que la literatura internacional ha denominado *care*: se entiende por *care* actividades esencialmente relacionales e interdependientes, que suponen una dimensión emocional y cuyo reconocimiento social (aunque no necesariamente profesional) es elevado (Hirata y Molinier, 2012).

⁴² En la actualidad, cualquier carrera de enfermería requiere haber finalizado la educación secundaria.

Además, las condiciones laborales del trabajo del cuidado en la Argentina dependen decisivamente del grado de intervención del Estado en cada actividad, de las reglas del juego fijadas para otros proveedores (distintos del Estado) y del ámbito en que se prestan los servicios (instituciones u hogares) (Esquivel, 2010). Si bien no se pretende ahondar aquí en las características diferenciales de las tareas seleccionadas, el solo hecho de que la enfermería sea considerada una actividad profesional, autónoma, regulada y con altas tasas de registro, la ubica en una posición superior en términos de condiciones laborales en comparación con los empleos vinculados al servicio doméstico.

De esta manera, el pasaje del trabajo doméstico a la enfermería (ya sea real o en tanto aspiración) supone un ascenso en el mundo laboral y social, una manera de pasar “del cuarto del fondo” a “la sala principal” de los trabajos de cuidado.

Esbozos de un análisis entre migraciones, cuidados y enfermería en Argentina

El origen de esta investigación fue una representación divulgada y difundida sobre la presencia cada vez mayor de mujeres migrantes que se dedican a la enfermería, ya sea como trabajadoras o como estudiantes, en el AMBA. Uno de los primeros objetivos de este trabajo fue dilucidar si la importancia de la presencia de este grupo de mujeres en la enfermería era “real” o una mera suposición a partir de ciertos rasgos físicos, como la ascendencia andina, que en Buenos Aires se suelen considerar como extranjeros (Mallimaci Barral, 2011).

Según datos registrados en la Encuesta de Población a Hogares del año 2011, la proporción de población extranjera que se desempeña en el sector de la salud⁴³ es del 10,7% en el Gran Buenos Aires y del 11,7% en la Ciudad de Buenos Aires⁴⁴. Según datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA) en el año 2013⁴⁵, el 6% de quienes

⁴³ Los datos no permiten aislar a los enfermeros del resto de los trabajadores de la salud.

⁴⁴ En CABA, la población extranjera total representa el 13,2%.

⁴⁵ Disponibles en <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/fuerza-de-trabajo/indicadores-de-rrhh>

se desempeñaban en la enfermería eran de origen extranjero⁴⁶. Sin embargo, el dato estadístico más relevante en el marco de la investigación es el análisis de la matrícula del año 2013 de estudiantes en escuelas de enfermería no universitaria⁴⁷ de la Ciudad de Buenos Aires, que revela que el 42,8% no ha nacido en Argentina: el principal origen es boliviano (19,7%), luego peruano (13,4%) y paraguayo (5,9%)⁴⁸. De esta manera, si bien está lejos de ser una inserción típica de la población inmigrante en el país, la proporción de extranjeros en el rubro es altamente significativa, aún mayor que en el empleo doméstico. Para comprender este fenómeno es importante contextualizar algunos rasgos del proceso de institucionalización de la enfermería en el país.

Como se ha mencionado, de acuerdo al trabajo de campo realizado⁴⁹, la enfermería en la mayor parte de los casos surge como opción de trabajo mientras se reside y, en algunos casos, se trabaja en la Argentina. Esto supone la importancia de la representación social sobre la enfermería, algunos de cuyos rasgos se desprenden de la historia de su ejercicio en el país, especialmente la feminización, el histórico problema de deficiencia de enfermeras (tanto en términos cualitativos, relacionados con la formación, como cuantitativos) y el lugar subsidiario que ha tenido en relación con el saber y las prácticas médicas.

Si bien, como lo muestran Wainerman y Geldstein (1990), en el siglo XVIII el cuidado de los enfermos estuvo en su gran mayoría en manos de los varones, esta situación se fue modificando con el paso del tiempo y ya en el siglo XX tendió a ser una actividad feminizada. Desde ese entonces, es una ocupación construida socialmente como femenina.

⁴⁶ Debe destacarse que hay un 7% de casos en los que la nacionalidad no se ha registrado.

⁴⁷ Las instituciones que otorgan los títulos de “Enfermería profesional” en la Argentina pueden ser universitarias o no. Las universidades tienen sus propios sistemas informativos a los que no hemos podido acceder. Por eso, los datos se refieren a las no universitarias, información provista por el Ministerio de Educación.

⁴⁸ Fuente: Relevamiento Anual 2013, DINIECE, Ministerio de Educación.

⁴⁹ Hasta el momento se han realizado entrevistas en profundidad a rectores y docentes de las carreras de enfermería (siete en total, cinco mujeres y dos varones) en tres instituciones (una universitaria pública, una terciaria pública y una terciaria privada), cuatro jefes de enfermería (dos mujeres y dos varones de instituciones públicas). La totalidad del personal jerárquico era de origen argentino. Por otra parte se realizaron seis entrevistas a enfermeras argentinas, siete historias de vida a estudiantes extranjeras (cuatro bolivianas, dos paraguayas y una peruana) y una entrevista grupal con cuatro estudiantes bolivianas, una paraguaya y una colombiana.

Según datos consignados por Ana Laura Martín, en la primera década del siglo XX, el 70% de las personas ocupadas en la enfermería en la ciudad de Buenos Aires eran mujeres. Esto influyó en que la enfermería fuera considerada como una extensión del ámbito doméstico y la dimensión maternal y, en palabras de la historiadora, se convirtiera en una “profesión atajo” para conciliar el mundo femenino y el mundo laboral (Martín, 2015: p.257).

La tensión entre saberes “naturales” y “profesionales” es parte constitutiva de la historia del sector. En este sentido, la feminización del sector condicionó la formación de enfermeras, ya que parecía más una extensión de las labores domésticas y hogareñas que una tarea basada en procedimientos, conocimientos y técnicas (Martín, 2015)⁵⁰. La demanda de mujeres para la enfermería se basaba en la idea de que tenían condiciones naturales para la actividad, lo que les permitiría sobrellevar la precarización de su ejercicio (Ramacciotti 2015: p. 310).

Esta particular forma de institucionalización de los saberes de la enfermería habilita la concepción del área como un “saber menor” dentro del campo de las ciencias de la salud. Aun cuando la enfermería en la actualidad es reconocida como una profesión autónoma, se vincula a las tareas de cuidados que suelen estar desvalorizadas dentro del mismo campo. Por otra parte, se trata de tareas cuyo buen desempeño radica en que se mantengan como “invisibles”, es decir, que no deben quedar huellas de la presencia enfermera (Borgeaud-Garciandía, 2009, 2013; Horrac, 2010, Molinier 2005).

En los últimos años se han generado políticas públicas específicas hacia la “profesionalización” de la enfermería en el marco de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. En 1994 comenzó el Programa de Profesionalización de Auxiliares en enfermería con el objetivo de profesionalizar a quienes ya se encontraban trabajando en las instituciones sanitarias (Faccia, 2015; Heredia y Málvarez, 2002)⁵¹. Pero sin duda, la principal transformación del sector fue la sanción de la Ley

⁵⁰ Después de 1912, las escuelas creadas eran exclusivamente para mujeres.

⁵¹ El objetivo fundamental es elevar la calidad de atención a los pacientes, considerando que, si se fortalece el componente profesional de la fuerza de trabajo, se podría dar mejor respuesta a los problemas de salud de la comunidad (Heredia y Málvarez, 2002).

del Ejercicio de la Enfermería N° 24.004 en 1991 y su Decreto Reglamentario N° 2497/93, donde se le reconoce su carácter de profesión y se le otorga a los enfermeros el derecho de ejercicio libre y autónomo. Hasta ese momento, el ejercicio de la enfermería era considerado una actividad de colaboración y subordinada a la actividad médica/odontológica conforme lo establecía la Ley N° 17.132 de 1967 del Ejercicio de la Medicina y Odontología y Actividades de Colaboración (PAHO, 2011). De esta manera, la enfermería es reconocida por primera vez como una profesión autónoma, que no requiere de tuteladas provenientes de otras disciplinas.

A los fines de este trabajo, cabe destacar que la profesionalización impulsada desde los organismos estatales ha sido una política con fuertes incidencias en las representaciones sobre la profesión entre los trabajadores del sector, especialmente entre quienes ejercen roles jerárquicos y poseen cargos de formación. En sus relatos, como se verá a continuación, se puede evidenciar la internalización de la necesidad de “profesionalizar” los saberes empíricos a partir de la formación en alguna institución de educación superior. Esto también da cuenta de un proceso de cambios y transformaciones sociohistóricas que contribuyeron al reconocimiento y legitimidad de la enfermería como profesión (Faccia, 2015), que en los ámbitos de trabajo aún representa un campo de lucha por el reconocimiento del saber específico y autónomo de la enfermería.

Para finalizar, debe destacarse que el problema de la insuficiente cantidad de personal de enfermería se traduce en términos prácticos en una visión difundida en la población sobre las rápidas y extendidas posibilidades de empleo que otorga la titulación (o su simple estudio) como enfermeros.

Un breve análisis sobre enfermeras migrantes en la ciudad de Buenos Aires

Este conjunto de representaciones, políticas y características estructurales del mundo de la enfermería en la Argentina es inseparable del análisis sobre la relación entre migrantes y enfermería. A continuación se esbozan algunas de las dimensiones que emergieron en el trabajo de

campo. Al tratarse de un campo en desarrollo, no se pretende mostrar resultados acabados de la investigación, pero sí ensayar algunas relaciones y dimensiones que aparecen con fuerza en las diferentes entrevistas. De esta manera, es posible avanzar en algunos conceptos relevantes para la articulación de esta propuesta, que aún no ha sido trabajada en profundidad en el contexto argentino. Si bien algunos informes, como el de Wainerman y Geldstein (1990), mencionan la importancia de migrantes (externas e internas) entre quienes trabajan en el sector, no se trata de una temática profundizada en el estudio.

¿Quiénes son las migrantes que deciden estudiar enfermería?

En cuanto a las características estructurales de las trayectorias, es importante señalar que no todas las migrantes pueden llegar a ser enfermeras en la Argentina. Existen barreras visibles e invisibles que moldean las aspiraciones y los deseos que se encarnan en diferentes trayectorias laborales. En términos formales, según la normativa nacional actual, quien desee estudiar enfermería en cualquiera de sus tres niveles (auxiliar, técnico y licenciado) requiere de un título de estudios secundarios, lo cual implica credenciales académicas que no se registran universalmente entre la población migrante.

Por otra parte, como se ha mencionado, las entrevistas a los diferentes actores sociales, incluidas las propias estudiantes y enfermeras, sugieren que en el caso del AMBA la presencia de migrantes que estudian o ejercen enfermería es el resultado de la opción de mujeres con proyectos migratorios de permanencia (al menos a mediano plazo) en el país. De esta manera, si se tiene en cuenta la trayectoria migratoria de las entrevistadas, el estudio o ejercicio de la enfermería se realiza en un contexto más amplio de acciones vinculadas a la decisión de permanecer en la Argentina.

Además de este particular proyecto migratorio, que una mujer migrante decida estudiar en la universidad o en institutos terciarios supone la posibilidad material y simbólica de poder realizarlo. De esta manera, son necesarios recursos materiales, no sólo en términos monetarios, sino también en la disponibilidad de un tiempo “libre”, posible de ser utilizado para el estudio.

En relación con estas dimensiones, es posible construir a partir de las entrevistas dos formas típicas de ingresar al mundo de la enfermería, que se desarrollan a continuación.

1-Circulaciones en empleos de cuidado. Pasajes y movilidad vertical.

Un primer caso expresa trayectorias laborales de mujeres migrantes que se desempeñaron o desempeñan en casas particulares como empleadas de limpieza o como cuidadoras de niños o personas mayores. En general, son mujeres que migran jóvenes, con estudios secundarios completos o que los finalizan en la Argentina. La decisión de estudiar la carrera de enfermería se genera en edades avanzadas. Suelen contar con la ayuda monetaria de alguna pareja o familiar, que les permite o bien trabajar menos horas, o incluso abandonar el trabajo en casas particulares. Como se ha señalado, la circulación de un empleo doméstico a la enfermería expresa, tanto en términos objetivos como subjetivos, una movilidad social ascendente en la trayectoria laboral en el país. De acuerdo al trabajo de campo realizado, se trata de una circulación encarnada generalmente por mujeres paraguayas y peruanas.

2-Circulaciones en “nichos” o economías étnicas.

Un segundo caso lo representan mujeres más jóvenes que han migrado en contextos familiares, cuando eran pequeñas. A partir de la permanencia en la Argentina y la inserción y especialización de la familia en un sector productivo (relacionado con los cuidados en casas particulares, la construcción, el sector textil y/u horticultura), las familias han experimentado una movilidad ascendente, especialmente en términos económicos. Las aspiraciones familiares de generar un destino diferente para sus hijas, cuando se cuenta con los recursos monetarios, generan las condiciones para que puedan estudiar. Se trata de trayectorias que expresan una estrategia familiar más amplia. El hecho de estudiar enfermería representa la concreción de la aspiración de “mejorar” (en relación con sus propias experiencias de vida) por parte de las familias respecto a sus hijos/as. A diferencia del caso anterior, quienes encarnan con mayor frecuencia esta modalidad son las mujeres bolivianas.

Es interesante señalar que en ambos casos el acceso a la enfermería representa las aspiraciones a una movilidad ascendente personal y/o familiar. De esta manera, la vinculación entre migrantes y enfermería permite complejizar la desvalorización de la actividad en términos generales y reconstruir su valoración desde el punto de vista de las migrantes⁵². En las entrevistas realizadas a jefes de servicios y docentes, son recurrentes las referencias a las representaciones desvalorizantes de la profesión, cuya causa se encontraría en la difusión de ciertas imágenes estereotipadas que acercan la enfermería a tareas poco “nobles”, cercana a las “inmundicias” y al trabajo sucio. En las entrevistas se repite una imagen que sintetiza esta vinculación a través de frases como “la enfermera lava culo” o “la enfermera lava chata”. Sin embargo, la valoración de una actividad depende del parámetro utilizado para su comparación. Si entre las entrevistas a argentinas existe la percepción de esta desvalorización del contexto social, entre las mujeres migrantes no aparece como mención relevante a la hora de describir las percepciones sociales sobre la actividad. Por el contrario, se define en términos de “poder salir” de otras ocupaciones cercanas, especialmente el trabajo en casas particulares o en quintas y talleres. Entre sus familias, sus amigos y para ellas mismas, el horizonte de posibilidades en materia de empleo es más reducido que entre las nativas y más precario que la enfermería. En términos generales, para las mujeres entrevistadas, el empleo doméstico perdura como parámetro de lo no deseado, como el conjunto de tareas de las cuales hay que distinguirse, alejarse, situarlas en el pasado y mirar siempre “para arriba y para adelante”, como lo define una entrevistada. Ser o aspirar a ser enfermera supone distanciarse de un destino común, naturalizado y de fácil acceso, pero que sitúa a las mujeres en el campo de la informalidad y precariedad.

El acceso a la enfermería representa, para casi todas las entrevistadas, la posibilidad o el acceso a un trabajo formal. Los empleos anteriores

⁵² Lo mismo sucede con las mujeres argentinas provenientes de los sectores populares. En este punto y otros, es interesante estar atentos a las semejanzas de ciertos recorridos y representaciones sociales de estos grupos, lo que opaca la dimensión nacional como variable interpretativa y refuerza aquellas vinculadas con la clase, la etnicidad y las asignaciones raciales.

propios o los de las mujeres cercanas de la familia están acotados al empleo doméstico no registrado o a emprendimientos informales. De esta manera, la aspiración a ser enfermeras expresa, entre otras dimensiones subjetivas, el deseo de ingresar al sector formal de los servicios y, como consecuencia, al conjunto de derechos y condiciones laborales asociados. También significa ganar reconocimiento social, limitando la deslegitimación cotidiana de la presencia migrante. El hecho de ejercer un saber profesionalizado es percibido como un salto cualitativo en sus trayectorias laborales y, en el largo plazo, un posicionamiento diferente hacia el rol de las mujeres en el mundo del trabajo.

En cuanto a los motivos mencionados en las entrevistas para elegir estudiar enfermería, es posible reconocer dos grupos principales: aquellos relacionados con aspectos vocacionales (“me gustaba cuidar”, “quería ayudar”, “siempre me gustó”) y otros vinculados a las expectativas de obtener empleo. Sin embargo, de modo más solapado, es posible entrever que una importante motivación es la percepción de la carrera de enfermería como posible de ser alcanzada. Esta representación de cercanía puede ser analizada como uno de los efectos de los estereotipos que han constituido la historia y el presente de la enfermería y que, como se ha señalado, sostienen su desvalorización en el ámbito de la medicina tradicional. Por un lado, la accesibilidad del título se sostiene en un antiguo estereotipo que vincula el cuidado que se ejerce en la enfermería con el cuidado doméstico, una tarea que se entiende como un saber natural femenino. Además se asocia con experiencias previas en empleos de cuidados domiciliarios, donde algunas demandas de los empleadores suelen contener tareas que corresponden a las enfermeras profesionales. La asociación de la enfermería con los cuidados, también la supone como una disciplina “poco complicada” en relación con otros saberes que se consideran “especializados”. Sin embargo, debe señalarse que, entre las enfermeras y las estudiantes avanzadas entrevistadas, estas primeras imágenes sobre la enfermería se ven modificadas en gran parte como producto de la formación donde los docentes las interpelan como profesionales.

El peso de ser migrante. Representaciones dentro del mundo de la enfermería

En este apartado se pretende visibilizar algunas de las consecuencias de ser migrante cuando se estudia y ejerce la enfermería, sobre la base de lo que se desprende de las entrevistas realizadas sumado a las representaciones de jefes de servicio y docentes de origen argentino. En primer lugar, para quienes ejercen la docencia, la presencia de población extranjera entre sus estudiantes dificulta y complica la comprensión de sus clases. Frases como “hablamos todos el castellano, pero no nos entendemos”, “tengo a toda América Latina en mi aula, se vuelve complicado”, “el nivel está en picada” delatan la percepción de la presencia extranjera como un problema, visión compartida por los jefes de servicio. Existen algunas referencias que aluden sin mediaciones a representaciones estigmatizantes sobre la población extranjera pero, en la mayor parte de los casos, su presencia es analizada como efecto de un problema estructural del sector: la demanda de enfermeros repercute en el ingreso de jóvenes “sin vocación”. En estos casos, la cuestión migratoria se entremezcla con la tensión entre vocación y profesión que, como ya se ha señalado, forma parte de la historia de la enfermería en la Argentina y de los empleos de cuidado en términos globales. La idea de la vocación se vincula al “placer por el cuidado” y suele estar asociado, como lo señalan Arango Gaviria (2011) y Molinier (2008), a otra tensión vinculada con el carácter remunerado (o no) de la actividad. Entre las tareas de cuidado, se verifica una tensión entre la lógica económica y del don (del cuidado), que puede hacer que la ausencia de reconocimiento monetario incremente el valor moral de ciertas tareas que se realizan por “vocación”. En los relatos registrados en las entrevistas, se reconoce la importancia de los procesos de profesionalización del sector y hay un acuerdo en la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo y salariales de la profesión, más allá de todo elemento vocacional o lógica del don. Sin embargo, esta lógica convive con la “ética del cuidado” como estrategia de valorización y reivindicación de la dignidad del trabajo de enfermería frente a otros saberes médicos. En palabras de una entrevistada: “Somos nosotros los que estamos

siempre con el paciente”. De esta manera, los trabajadores del cuidado desarrollan estrategias y construyen sentidos e identidades que combinan de modo paradójico la defensa de la especificidad del trabajo de cuidado como trabajo emocional y moral, que debe ser reconocido y valorado, con la reivindicación de la profesionalización de las tareas (Arango Gaviria, 2011, p.107). Las enfermeras se definen como grandes madres, humanitarias, lo que reinscribe sus labores en el modelo de la familia y el afecto. Así, se cita por ejemplo a la madre Teresa de Calcuta como modelo de inspiración y se menciona “el amor al prójimo” como rasgo esencial para ejercer la enfermería. La ética del cuidado expresada como la “vocación” del cuidado es mencionada como el criterio moral que debería estar presente en todos los profesionales enfermeros, sin que esto implique una negación de la necesidad posterior de profesionalizar el saber y las prácticas. La “vocación” sería entonces el punto de partida necesario para constituirse como buena enfermera. Es interesante destacar que los dos varones entrevistados son los únicos que no expresan la asociación entre los “buenos cuidados” y la vocación. De hecho, utilizan otros conceptos como “cultura del trabajo”, en tanto criterio moral de la profesión, lo cual refuerza la importancia de la asociación entre cuidados, vocación y cierta naturaleza femenina.

La antítesis a la ética del cuidado se expresa en términos del “modelo utilitario” (Arakaki, 2013), es decir, una relación con la profesión como “puro medio” para alcanzar un fin, ya sea un empleo, un buen salario, etc. En los relatos (con excepción de un jefe de servicio varón), estos modelos se construyen como contrapuestos: quienes arriban a la profesión únicamente por la vía utilitaria, serán necesariamente “malos profesionales”, independientemente de los títulos que alcancen. Son, en palabras de un entrevistado, “los que hacen lo justo y necesario”. Ahora bien, lo que resulta interesante a los fines de este trabajo es que esta tensión entre vocación y empleo organiza las percepciones sobre los migrantes. Como lo señalan Wainerman y Geldstein (1990) y Arakaki (2013), el discurso vocacional se utiliza como explicación por la negativa de prácticas consideradas como no éticas. En relación con los migrantes, el discurso vocacional es utilizado para deslegitimar la “sospecha” siempre presente de la vinculación utilitaria de la enfermería, que como se dijo, implica

un ascenso en la escala social. Los migrantes parten de una “situación sospechosa”, que pueden legitimar a partir de la demostración de la “vocación”, que se les niega de antemano.

Esta percepción es compartida por las enfermeras y estudiantes nativas que suman a la “sospecha utilitaria” un factor adicional relacionado con la “competencia desleal” que genera la presencia de mujeres migrantes. Por ejemplo Gisela, migrante interna de 35 años y estudiante de enfermería en terciario no universitario, explica:

Una se presentó a un puesto, le pintaron todo muy lindo y en el segundo día le dijeron: “Vos tenés que lavar y planchar y cocinar a la noche mientras los abuelos duermen”. No es por discriminación ni mucho menos, pero la mayoría de las chicas extranjeras que vienen hacen eso, tienen la mente todavía de hace muchos años, que creen que los enfermeros somos mucamitas.

De acuerdo a esta representación, las migrantes, al aceptar condiciones laborales precarizadas, colaboran con la deslegitimación del sector y su asociación a tareas no profesionales del cuidado en un sentido amplio. Las migrantes expresan con todo su peso el modelo utilitario: no tienen vocación, solo ejercen o estudian por la empleabilidad de la profesión. Paradójicamente, esta “falta de amor” a la profesión atentaría en este discurso contra las condiciones de trabajo y la profesionalización. De esta manera, un fenómeno social objetivo, que Arango Gaviria (2011) define como “neoservidumbre”, es decir, jóvenes profesionales forzadas a realizar tareas adicionales relacionadas con la atención a la vida personal y familiar, es explicado en estos relatos como consecuencia de la presencia de migrantes, que combinarían el modelo utilitario con cierta propensión a la “servidumbre”. En las palabras de una docente de una institución terciaria privada: “Estos alumnos tienen una autoestima baja, una tendencia a depender, a no mandar”.

Es posible intuir que estas percepciones constituyen un sentido común, que mediará en las interacciones con los extranjeros y quienes lo parezcan. Del mismo modo que lo ocurrido al analizar otros fenómenos (Mallimaci Barral, 2011, 2012), es posible concluir que, en

la Argentina, los elementos estigmatizantes de los discursos sobre los migrantes no alcanza a conformar un discurso formalmente racista, pero sí permea las interacciones cotidianas a partir de las suposiciones desde las cuales se construyen las percepciones sobre la identidad y las prácticas de migrantes y de quienes lo parecen. Así lo testimonia una entrevistada de origen paraguayo: “A mí no se me nota que soy inmigrante, por eso no me discriminan, pero ves y escuchás todo el tiempo” (V., 30 años, estudiante de enfermería en institución universitaria, migra a los 20 años desde Asunción).

De esta manera, a las jerarquías entre ocupaciones de acuerdo con una división moral del trabajo, se le superpone una relación de poder entre distintas categorías de trabajadoras, ya no sólo por el tipo de tarea desarrollada, sino por el origen nacional, étnico y racial que deslegitima el cruce de ciertas jerarquías para las mujeres migrantes. La aspiración a eludir algunos destinos laborales considerados “naturales” para las mujeres migrantes, las someten a la operatoria de un discurso que deslegitima este corrimiento y que vuelve sospechosa la voluntad de atravesar jerarquías establecidas.

Conclusiones

A lo largo de este capítulo se ha intentado presentar un tema escasamente trabajado en la Argentina, que ahonda en sus peculiaridades de acuerdo al contexto en el que se inscribe. En este sentido, se ha sostenido que ni la presencia de mujeres migrantes trabajadoras, ni su inserción en el mundo del trabajo de cuidados en el país, puede definirse como algo novedoso o el producto de una crisis de la sociedad y el Estado de bienestar. Sin embargo, existen fenómenos globales, como la estructuración del sistema de cuidados sobre la base de dimensiones genéricas, raciales, étnicas y de clase. El análisis de la presencia de mujeres migrantes entre las estudiantes de enfermería y las enfermeras de la Argentina visibiliza, de una manera concreta, la interseccionalidad de las desigualdades. No obstante, se ha intentado también develar la posibilidad de trascender algunos destinos por parte de las estas mujeres,

a pesar de la “triple opresión” (Parella, 2003) de la que son objeto. Las mujeres migrantes que aspiran a ser o son enfermeras expresan, con sus deseos y prácticas, la posibilidad de transitar trayectorias no tradicionales que impiden percibir las desde un enfoque pasivo o victimizante. Las tareas desvalorizadas en un contexto médico hegemónico son resignificadas como parte de un empleo formal y valorado en los contextos de sociabilidad de las mujeres entrevistadas. Sin embargo, las barreras y jerarquías atravesadas no suponen *per se* una transformación de las valoraciones o un reconocimiento de la legitimidad de estos pasajes por parte de los pares, superiores y pacientes. La presencia sospechosa de las mujeres extranjeras reubica en el centro de la escena las dificultades cotidianas para eludir las opresiones, sin que ello determine necesariamente las trayectorias y decisiones de las migrantes.

Referencias

Arakaki, J. (2013): “Significados y concepciones de la Enfermería: el punto de vista de estudiantes de la carrera de la Universidad Nacional de Lanús, 2008-2010”, *Salud Colectiva*; 9 (2), 151-167.

Arango Gaviria, L. G. (2011): “El trabajo de cuidado ¿servidumbre, profesión o ingeniería emocional?”, en Arango Gaviria, L. G. y Molinier, P. (eds.), *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 91-109). Medellín: La Carreta.

Borgeaud-Garciandía, N. (2009): “Aproximaciones a las teorías del *care*. Debates pasados. Propuestas recientes en torno al *care* como trabajo”, *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 22, 137-156.

- (2013): “En la intimidad del cuidado de adultos mayores dependientes: la experiencia de cuidadoras ‘cama adentro’ en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, en Pautassi, L. y Zibecchi, C. (coords.), *Las fronteras del cuidado* (pp. 276-316). Buenos Aires: Biblos.

Cacopardo, M. C. (2011): *Extranjeras en la Argentina y argentinas en el Extranjero*. Buenos Aires: Biblos.

Castrillón, M. C. (2008): “Pensando en la formación de profesionales de enfermería en América Latina”, *Invest Educ Enferm*, 26 (2), 114-21.

Duffy, M. (2005): “Reproducing Labor Inequalities. Challenges for Feminists Conceptualizing Care at the Intersections of Gender, Race, and Class”, *Gender and Society*, N° 1, vol. 19, 66-82.

Esquivel, V. (2010): “Trabajadores del cuidado en la Argentina. En el cruce entre el orden laboral y los servicios de cuidado”, *Revista Internacional del Trabajo*, 129 (4), 529-547.

Faccia, K. (2015): “Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1995-2011)”, en Biernat, C.; Cerdá, J.M. y Ramacciotti, K. (eds.), *La Salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 315-326). Bernal: UNQUI.

Heredia, M. y Malvárez, S. (2002): *Formar para Transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de Enfermería en Argentina, 1999-2000*, República Argentina, OPS/OMS.

Hirata, H. y Molinier, P. (2012): “Les ambiguïtés du care” (introduction), *Travailler*, 28, 9 -13.

Hochschild, A. (2000): “Global care chains and emotional surplus value”, en Giddens, T. y Hutton, W. (eds.), *On the Edge: Globalization and the New Millennium* (pp 130 – pp146). London: Sage Publishers.

Hondagneu-Sotelo, P.; Estrada, E. y Ramírez, H. (2011): “Más allá de la domesticidad. Un análisis de género de los trabajos de los inmigrantes en el sector informal”, *Papers*, 96, 805-824.

Horrac, B. (2010): *Percepción sobre las condiciones y medioambiente de trabajo, su impacto sobre la salud y la prevención en enfermería. El caso de tres hospitales provinciales interzonales del gran La Plata*, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado en octubre de 2014 de http://www.trabajo.gba.gov.ar/informacion/masse/categoriaC/15_HORRAC_Percepcion_sobre_las_condiciones_y_medioambiente_de_trabajo_Enfermeras.pdf.

Ley N° 24.004 (1991): Ejercicio de la enfermería.

Mallimaci Barral, A. I. (2011): “Las lógicas de la discriminación”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos, Cuestiones del tiempo presente*. Recuperado en febrero de 2012 de <http://nuevomundo.revues.org/60921>.

- (2012): “Revisitando la relación entre géneros y migraciones: Resultados de una investigación en Argentina”, *Revista Mora*, vol. 18, n° 2. Recuperado en marzo de 2013 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2012000200006&lng=es&synrm=iso.

- (2015): “Mujeres migrantes en la Argentina. Apuntes para visibilizar su presencia y comprender sus labores”, en Martins, A. P. (org.), *Políticas do gênero na América Latina: aproximações, diálogos y desafíos*. (pp.96-119). Paraná: Paco Editorial.

Malvárez, S. (2007): “El reto de cuidar en un mundo globalizado”, *Texto y Contexto Enfermagem*, 16 (3), 520-530.

Malvárez, S. y Castrillón, M. (2005): *Panorama de la fuerza de trabajo de enfermería en América Latina*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Martin, A. L. (2015): “Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1866-1940)”, en Biernat, C., Cerdá, J. M. y Ramacciotti, K. (eds.), *La Salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp257-274), Bernal: UNQUI.

Molinier P. (2005): “Le care à l'épreuve du travail : vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets”, en Paperman, P., Laugier, S., *Le souci des autres, éthique et politique du care* (pp.299-316). Paris: LEHESS.

- (2008): “Trabajo y compasión en el mundo hospitalario. Una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo”, *Cuaderno de relaciones laborales*, 26 (2), 121 -138.

Organización Panamericana de la Salud (2011): “Migración de enfermeras en América Latina - Área de América del Sur”, *Serie Recursos Humanos para la Salud* No. 60.

Orozco, A. (2007): *Cadenas globales de cuidado*. Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer Serie Género, Migración y Desarrollo. Documento de trabajo N°2.

Parella, S. (2003): *Mujer inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona: Anthropos.

Ramacciotti, K. (2015): “Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955)”, en Biernat, C., Cerdá, J.M. y Ramacciotti, K. (eds.), *La Salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp287-306), Bernal: UNQUI.

Rodríguez Enríquez, C. (2012): “La cuestión del cuidado: ¿el eslabón perdido del análisis económico?” *Revista de la CEPAL*, 106, 23-36.

Rodríguez, G.; Angélica-Muñoz, L.; Hoga L. (2014): “Vivencias culturales de enfermeras inmigrantes en dos hospitales de Chile”, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(2): DOI: 10.1590/0104-1169.2980.2401 www.eerp.usp.br/rlae

Trpin, V. y Vargas, P. (2005): “Trabajadores migrantes: entre la clase y la etnicidad. Potencialidad de sus usos en la investigación socio-antropológica”. Ponencia presentada en VII Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo, Buenos Aires, Argentina.

Wainerman, C. H. y Geldstein, R. N. (1990): “Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina”, *Serie Cuadernos del CENEP* (44) 1-155.

Cuidado e identidad en el quehacer enfermero en la Colonia Montes de Oca

Silvia M. Balzano

Introducción

El presente trabajo apunta a recoger testimonios del personal de enfermería que desarrolla su labor en el ámbito de la Colonia Montes de Oca, institución nacional dedicada al tratamiento de personas adultas con discapacidad mental. La labor de campo, realizada durante 2008, tuvo como objetivo central relevar las reflexiones sobre la identidad del colectivo y su quehacer, durante una etapa signada por cambios en la estructura organizacional y de gestión de la institución. Con este propósito se presenta una breve revisión del estado actual de la situación de la enfermería dentro del ámbito de la salud mental, luego una recorrida por las diferentes etapas de la disciplina dentro de la Colonia, para finalmente plantear las consideraciones que fueron emergiendo entre el personal de enfermería sobre su actividad, vinculada al cuidado, y al cuestionamiento de la identidad de esta tarea.

La situación de la enfermería en salud mental

La marcada escasez de personal de enfermería se ha convertido en un fenómeno global (Duchscher, 2008). En un informe realizado por Gómez

y Olivares (2006) y publicado por la Organización Mundial de la Salud para la Argentina (donde se evalúa la situación concreta de la enfermería en salud mental), no sólo se advierte sobre la falta de personal, sino también se destaca que, en la mayoría de los casos, este personal no ha sido entrenado profesionalmente. Asimismo, se señala que el modelo de atención predominante es custodial en el marco de los grandes hospitales psiquiátricos. Mónica Consoni, coordinadora del Departamento Técnico Profesional de ATSA (Asociación del Trabajo de la Sanidad de Buenos Aires) afirma que: “Como mínimo, el país necesita 40 mil enfermeros más con formación terciaria o universitaria” (Viéitez, 2013).

A diferencia de lo que ocurre en los mercados en relación con la oferta y la demanda, la escasez del personal de enfermería no ha tenido un impacto en el reconocimiento de su quehacer, al punto que aparece invisibilizado dentro del sistema de proveedores de salud (Norwood, 2005). La vieja imagen prototípica de la enfermera de cofia blanca que pide silencio pareciera haberse internalizado, de manera que acalla su propia actividad. La invisibilización de su quehacer ha sido entendida desde diferentes perspectivas: por el hecho de ser una labor realizada principalmente por mujeres (Colliere, 1986); por tratarse de un “mero” conocimiento práctico y, por lo tanto, “no-científico” (Jackson, 1997); por estar subsumida bajo el poder/saber médico (Bjorklund, 2004); por reproducir una imagen centrada en la “ruta de la virtud”, es decir, por configurarse como “trabajadoras de apoyo, ángeles o personas dulces” (Nelson, 2011). Si bien estos factores contribuyen sin duda alguna a la invisibilidad de su quehacer, creemos que están englobados dentro de una problemática más abarcativa, vinculada a la práctica disciplinar y a la construcción de su propia identidad.

Las múltiples definiciones sobre el quehacer enfermero convergen en la misma idea: la esencia de la enfermería se centra en la práctica del cuidar (Leininger, 1988; Torralba i Roselló, 1998; Watson, 1988). Si se atiende al significado del vocablo cuidar, se encuentran dos vertientes: a) proteger algo o a alguien del daño o del desgaste, y b) aplicar solicitud y esmero a una acción. Tanto una definición como la otra nos remiten a su significado radical, profundo, encontrado en su etimología: el *cogitare* latino. Es en esta protección hacia un sujeto o un objeto que hace

falta prestar atención y pensar para poder actuar con la debida consideración hacia el otro. La divergencia comienza cuando se intenta describir qué implica el arte de cuidar en la práctica cotidiana de la enfermería. En un análisis multivariado del concepto de cuidar, realizado con personal de esta disciplina, Lea, Watson y Deary (1998) identificaron dos ejes principales: uno relativo a los aspectos psicosociales y el otro, a los aspectos técnicos y profesionales del cuidar.

Esta dicotomía en el paradigma epistemológico enfermero se traduce, en la práctica cotidiana, en estrategias diferenciales para el cuidado del cuerpo como objeto y del cuerpo como experiencia vivida (Grimberg, 2009). Es en la puesta en práctica del cuidado del cuerpo como experiencia vivida en donde se pone de manifiesto la empatía intersubjetiva entre enfermera/o y paciente. A través de este vínculo, se busca resguardar la intimidad y dignidad del paciente y preservar su privacidad. En esta construcción empática se podrán encontrar otras razones para entender la invisibilidad de esta labor y el impacto en la construcción de su propia identidad. Si bien este aspecto es común a toda la disciplina (Baggio y Erdmann, 2010), aparece aún más destacado en el caso de las enfermeras dedicadas a la atención de personas con discapacidad mental; ya que para ellos, el control del propio cuerpo no está siempre dentro del rango de sus posibilidades, por lo que establecen un lazo fuerte de dependencia con sus cuidadores (De Schipper, Stolk, y Schuengel, 2006). Específicamente en la Colonia Montes de Oca, la reflexión sobre la identidad del colectivo y la invisibilidad de su quehacer se hicieron palpables a partir de la transformación del modelo de atención, basado tradicionalmente en un paradigma asilar –con un fuerte énfasis en lo biomédico– hacia otro orientado a lo psicosocial y conducente a la integración comunitaria.

Así es que aparece aquí el concepto sociológico de “trabajo sucio” (*dirty work*) acuñado por Everett Hughes (1962, 1971). Concretamente el autor se refiere a todas aquellas actividades dentro de las diferentes profesiones/trabajos que resultan menos atractivas y que la mayoría de las personas no elegiría hacer. Refiriéndose específicamente al personal de enfermería, Hughes afirma que la división de trabajo jerarquizada dentro de este ámbito disciplinar “tiene que ver con la ‘limpieza’ de las funciones que se desempeñan” (1971, p. 307).

En una interesantísima reelaboración del concepto de “trabajo sucio”, Lawler (1991), siguiendo a Norbert Elías en *El Proceso de la Civilización*, hace referencia a cómo ciertas funciones corporales han sido sometidas a un proceso de privatización en las sociedades “civilizadas”. Asimismo, y abrevando en el trabajo de Douglas (1984, p. 44), Lawler recoge la referencia ya clásica de la antropóloga inglesa cuando se refiere a “*dirt as a matter out of place*” y advierte la necesidad en todas las culturas de desarrollar estrategias peculiares a fin de evitar la anomalía de lo contaminado.

En esta búsqueda por disimular “las cosas fuera de lugar”, en la reorientación de lo público hacia lo privado, se va perfilando una identidad diferencial que invisibiliza la labor enfermera.

Colonia Nacional Doctor Manuel Montes de Oca

El lugar elegido para desarrollar esta investigación fue la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, única institución nacional dedicada al tratamiento de adultos con discapacidad mental. Creada en 1906, la Colonia recogía los avances europeos más destacados en lo que hace al tratamiento de los entonces llamados “frenasténicos”. De la reclusión y el aislamiento del paciente, predominante hacia finales del S. XIX, se pasó a un sistema de “puertas abiertas”; y de la necesidad de aprovisionamiento de bienes de consumo en las instituciones de este tipo, se pasó a un sistema de producción, a través de actividades de laborterapia programadas y llevadas a cabo por los mismos pacientes (Balzano, 2008).

El esplendor de esa época fue opacándose con el tiempo y las administraciones se volvieron deficientes. Muchos de los profesionales que actualmente trabajan allí señalan la misteriosa desaparición de una médica de la institución –que los medios rotularon “el caso Giubileo”– como el comienzo del deterioro, aunque tal vez haya sido ese sólo un momento de toma de conciencia de este progresivo deterioro⁵³.

⁵³ El 16 de junio de 1985 desaparece de la institución la Dra. Cecilia Giubileo. Se han barajado innumerables hipótesis, pero ninguna de ellas fue fehacientemente comprobada: “Maltratos, mala atención, muertes misteriosas, desaparición de pacientes, venta de órganos, viola-

Hacia 2004, y con una política social tendiente a la desmanicomización, comenzó un proceso de reestructuración de los servicios de atención en la Colonia, con un modelo de atención centrado en lo psicosocial. A fin de poner en práctica el nuevo modelo, la dirección de la institución fue tomando una serie de medidas que impactaron en su funcionamiento. Las resistencias al cambio fueron muchas y de variada naturaleza, tanto desde el personal administrativo como desde el del área de salud, en virtud de que la transformación que quería ponerse en marcha echaba por tierra muchos años de práctica de un modelo custodial, que perpetraba la función asilar por sobre la rehabilitación para la integración a la vida comunitaria (Balzano, 2007).

El contexto de transformación puso en tensión, entre otras cosas, el rol del personal de enfermería, que en tanto colectivo se definía como “el que verdaderamente maneja” los pabellones, como la “columna vertebral, la argamasa de los servicios o el cigüeñal” de la institución. El desplazamiento hacia un modelo de atención más centrado en lo psicosocial que en lo estrictamente biomédico, conjuntamente con la contratación de operadores convivenciales para poner en práctica los nuevos objetivos, produjeron replanteos en relación con la identidad del colectivo. En este contexto, la invisibilidad de su quehacer aparece reforzada por el personal no-enfermero que desvaloriza su labor en cuanto al cuidado del paciente.

Metodología

El presente trabajo fue parte de un proyecto de investigación dedicado a la evaluación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico. Como parte de este, se confeccionó una encuesta de naturaleza cuanti-cualitativa para relevar datos sociodemográficos y temas relativos a la percepción

ciones y robo de medicamentos. [...] Tampoco [hubo] un pronunciamiento judicial al respecto. Las conjeturas sobre la desaparición de Cecilia Enriqueta Giubileo fueron infinitas. Se dijo que había descubierto una red que se dedicaba al tráfico de órganos y que, por eso, la habían secuestrado y asesinado. Que había sido víctima de la venganza de un grupo de tareas de los terribles años 70 o de una organización subversiva. También se aseguró que se había exiliado en un pueblo limítrofe entre Ecuador y Colombia...” (Clarín, 5 de enero de 2004).

de las condiciones laborales (tareas desarrolladas, cantidad de residentes asistidos, apoyo institucional recibido, posibilidad de atención personalizada y la percepción del ambiente laboral)⁵⁴. La muestra total quedó conformada por 105 individuos; los porcentajes de auxiliares de enfermería y de enfermeros universitarios y/o licenciados en enfermería resultan muy similares a los porcentajes nacionales en estas mismas categorías⁵⁵. Luego se confeccionó una sub-muestra etnográfica de 45 enfermeros, con quienes se hicieron entrevistas en profundidad y dos grupos focales de los que se recabó información con el personal del Departamento de Enfermería de la Colonia.

Del total de la muestra, el 76% está conformado por mujeres y el 24% son hombres, con una edad promedio de 45 años, siendo el promedio de edad de las mujeres mayor que el masculino. El 57% de la muestra está casado o conviviendo, el 27% son solteros y el restante 16% están divorciados o son viudos, con un promedio de entre dos y tres hijos. Asimismo, el 38% del personal ha completado los estudios primarios y/o no ha completado la secundaria, el 22% tiene secundario completo y el restante 40% ha completado o está por completar sus estudios universitarios en el área de enfermería. El promedio de años trabajados en los sujetos correspondientes a esta muestra es de 12,82. El 67% tiene menos de 15 años de trabajo en la institución y el restante 33%, más de 15 años. El 69% del personal es contratado, mientras que el 31% son de planta permanente. En relación con los turnos, el 66% trabaja con turnos establecidos, mientras que el 34% tiene turnos rotativos de seis horas, seis veces por semana. El 56% trabaja en los nuevos dispositivos y el 44% restante, en las estructuras tradicionales⁵⁶.

⁵⁴ Conjuntamente con esta se administró el Inventario Maslach para la evaluación del *burnout* del personal de enfermería. Los resultados de la evaluación revelan un alto índice de *burnout* por cansancio emocional, que se registra especialmente entre el personal de menor jerarquía que reviste en la Colonia (Balzano, 2011).

⁵⁵ De acuerdo con los registros de matriculación de 2005, existe en la Argentina un 68,6% de auxiliares y un 31,4% entre licenciados en enfermería y enfermeros universitarios (Lutteral de Schiavi, 2008). En la muestra recogida durante 2008 en la Colonia, se encuestó a 105 personas, el 70,4% de ellas eran auxiliares de enfermería y el 29,6 % restante, licenciados en enfermería y enfermeros universitarios.

⁵⁶ Cuando hablamos de nuevos dispositivos, nos referimos a los centros de día, casas de medio camino, casas autogestionadas y/o algún tipo de reformulación de las estructuras tradicionales, tales como la sectorización de pabellones convertidos en hogares.

En cuanto a los pacientes internados, los datos brindados por el Departamento de Estadísticas de la Colonia revelan que para 2003, de las 865 personas internadas, el 52,7% eran mujeres. Alrededor del 20% poseía algún tipo de trastorno psiquiátrico, mientras que el resto había sido diagnosticado con discapacidad mental, ya sea leve, moderada, grave o profunda. El promedio de años de internación para los residentes era cercano a los veinte.

Las etapas iniciales de la enfermería en la Colonia

La presencia de profesionales en la Colonia Montes de Oca es tardía, data del inicio de la década del 90, época en la que fue contratado el primer grupo de enfermeras profesionales en el área de Clínica Médica. Hasta ese momento, la mayoría del personal dedicado a la atención del residente era de formación empírica, o simplemente *empíricos*, como suelen aún nombrarlos dentro del núcleo disciplinar.

Muchos de los antiguos empleados de la Colonia, que habían empezado como *empíricos*, recordaron esas primeras etapas con cierta nostalgia. Comentaba Ernesto⁵⁷, quien había ingresado muy joven, durante la década del 60, que: “Antes uno iba a pedir crédito a un banco y si decía que trabajaba en la Colonia Montes de Oca, poco menos que una alfombra roja le ponían a sus pies. Ya se sabía que era una persona de moral intachable”.

El comentario de Ernesto contrasta con la percepción que el imaginario social tenía y tiene sobre los que desempeñan sus labores en la Colonia, estigmatizados no sólo por estar en un ambiente con *locos*, sino también por lo ocurrido con el caso Giubileo. Al interrogar sobre la práctica del personal de enfermería en esta primera época, Antonio, uno de los supervisores de enfermería, comentó:

Los enfermeros tenían menos cabida en esa época. No había medicación psiquiátrica. Sólo había una caja de enfermeros que

⁵⁷ A fin de preservar la identidad de los informantes, se han empleado pseudónimos.

estaba lacrada. En la caja había hilo de sutura y una jeringa con agujas. De tanto en tanto, pasaba un enfermero periférico para hacer curas planas.

Los viejos empleados de la Colonia, muchos de los cuales ya obtuvieron el título de enfermeros, recordaban que a los pabellones se los llamaba *casa-hogar* y que los internados trabajaban muchas horas en el sector de agricultura y así abastecían, con los productos que obtenían, el 60% de lo que se consumía. Había acuerdo entre el grupo entrevistado de lo beneficioso de esta forma terapéutica, en tanto el paciente sentía orgullo por su capacidad laboral y, asimismo, no requería ninguna medicación, ya que quedaba exhausto por haber trabajado durante todo el día en el campo⁵⁸.

Hacia mediados de la década del 70, el perfil de la Colonia como granja empezó a cambiar, para acentuar su carácter de hospital psiquiátrico. Pero es recién a principios de los 90 que comienza la profesionalización de los auxiliares de enfermería y el proceso de auxiliariación de los empíricos, puesto en marcha por el Ministerio de Salud de la Nación (Heredia, Espino, Malvárez y Vician, 2005). Concomitantemente, el mismo proceso va instalándose en la Colonia. Aquellas personas que habían empezado como “mucamas/os” que se dedicaban a las actividades de limpieza y que habían ido adquiriendo conocimientos del quehacer enfermero en la Colonia misma, debieron, por ordenanza ministerial, recibir capacitación específica en los cursos que recibieron el nombre de “Reconversión de Empíricos”, organizados por el Ministerio. La profesionalización de los auxiliares fue concretándose con posterioridad, alentada y sustentada en parte económicamente por la propia Colonia⁵⁹.

⁵⁸ Si bien no es objetivo del presente trabajo analizar las concepciones epistemológicas de los entrevistados, el discurso de los integrantes del Departamento de Enfermería revela conceptualizaciones que enfatizan la laboriosidad y la obediencia, elementos supuestamente indicativos de la razón recobrada, que fueron bastiones de lo que se llamó el tratamiento moral, como práctica del alienismo y del higienismo en el siglo pasado.

⁵⁹ Desde 2003 a 2005 funcionó dentro de la Colonia la Escuela Universitaria de Enfermería en convenio con una universidad de la Provincia de Buenos Aires. Hacia 2009, el 22% del personal son enfermeras universitarias o licenciadas en enfermería. El 11% de los auxiliares están cursando estudios universitarios de enfermería.

También durante la década del 90 se va consolidando como estructura administrativa el Departamento de Enfermería dentro de la Colonia, cuyo personal se encontraba en un rol de colaboración/subordinación a la autoridad médica y a la organización hospitalaria, siguiendo la vieja tradición de Florence Nightingale de ser la mano derecha al servicio de la estructura médica (Cohen, 1981, p.140). El personal de enfermería fue organizándose jerárquicamente con base en el tipo de tarea que desempeñaban: aquellas de mayor estatus, eran vinculadas a la organización del servicio, mientras que se vinculaba las de estatus menor al manejo directo del paciente. El ascenso a puestos de mayor jerarquía y prestigio alejaba y aún hoy aleja al personal de enfermería del contacto directo con la persona a la que dispensa cuidados⁶⁰. A continuación, Teresa, auxiliar de enfermería, recuerda su primer tiempo en la Colonia:

Yo estoy hace once años trabajando en la Colonia. Entré en una depresión muy grande. Pero le pasa sobre todo a los nuevos, a los contratados. Le voy a confesar honestamente... Cuando yo fui al [pabellón] 7, bajaba y me ponía a trabajar debajo de la escalera. Nadie me veía llorar. Yo me iba a la casa y sentía ese olor y estaba todo el día con ese olor metido en la nariz. Yo me decía: '¿Quién me mandó a renunciar a la clínica? Ya no doy más. ¿A dónde me vine a meter?' Yo no sabía qué hacer. Ver a los chicos que babeaban, que otro se defeca y que uno está sentado y que me pasaban la mano con materia fecal. '¿Ay, dónde vine?' En ese tiempo estaban todos desnudos. Ver todo eso, tener que bañarlos. ¿Sabe lo que me hizo superar todo eso? El cariño y el afecto de los pacientes que yo sentí al cuidarlos.

Teresa se refiere a uno de los pabellones más críticos que acogía a varones relativamente jóvenes con un severo grado de discapacidad mental. Muchas de las enfermeras entrevistadas comentaron que habían

⁶⁰ Es así como las llamadas subrogantes o jefas de servicio suelen mantenerse dentro del office de enfermería de sus respectivos pabellones, mientras que los supervisores permanecen dentro del Departamento de Enfermería, haciendo visitas periódicas a los pabellones. Las auxiliares son las que mayor contacto tienen con los pacientes y las que en mayor medida se ven envueltas en lo que Hughes ha llamado el "trabajo sucio".

iniciado sus actividades en ese pabellón. Por mucho tiempo, fue el lugar de castigo para todo aquel empleado que hubiese incurrido en alguna falta grave. El pabellón 7, convertido en el arquetipo de las “malas prácticas”, fue el primer paso de la transformación en la medida en que fue sectorizado y sus residentes fueron ubicados en centros de día.

Para Teresa, como para muchas otras enfermeras, el paso por el 7 no la ha dejado “contaminada” en la construcción de su propia identidad, sino más bien fortalecida, en tanto elige poner énfasis en los aspectos ennobecedores de la actividad: el cariño y el afecto como formas terapéuticas. En otras palabras, lo que Jean Watson llamó acertadamente “el encuentro total” en la relación que se establece entre la enfermera y el paciente (Davis, 2007).

La etapa de cambios: reflexiones sobre la identidad del colectivo y su quehacer

Como ya se ha dicho, a partir de 2004 se suscitan una serie de cambios en la Colonia, tendientes a modificar el modelo de atención de la persona internada, muy orientado hacia lo biomédico y con poco énfasis en aquellos aspectos sociales que pudieran ayudar a la persona a reinsertarse a la sociedad. Las modificaciones fueron acompañadas de reuniones informativas con diferentes sectores del personal, en las que se iba dando a conocer cuál era la lógica que impulsaba el cambio⁶¹.

Estudios previos (Greiner, 1991; Cummings, Hayduk y Estabrooks, 2005) señalan que la reestructuración hospitalaria produce impactos peculiares en todo el personal, pero especialmente en el de enfermería. En el caso particular de la Colonia, los cambios instrumentados pusieron de manifiesto cierto grado de desvalorización de la labor enfermera, lo que permitió actualizar viejos debates propiamente disciplinares respecto de su autonomía profesional y de su “deber ser” (De Titto, Ricci y De Titto, 2004).

⁶¹ A fin de involucrar a todo el personal en el proceso de cambio, se llevaron a cabo numerosos encuentros con gente externa a la institución, tal como quienes dictaron un taller sobre las nuevas tendencias respecto de la salud mental.

Hacia 2007, una de las señales más evidentes para plasmar el cambio que se perseguía fue pintar el exterior de los pabellones –tradicionalmente blancos– con vivos colores y decorar su interior con guardas de alegres tonalidades. En clave batesoniana, el mensaje “esto ya no es un hospital” se podía decodificar desde cualquier punto del predio. El tema de la transformación paradigmática que se había instalado ya no era privativo del adentro, sino que se mostraba al mundo exterior. Entre el personal de enfermería, surgía la crítica de que “parece una cancha de fútbol”, no sólo en alusión a los colores, sino, por extensión, a la ausencia de orden y estructura, tan característica del deber ser enfermero.

El cambio de apariencia permitió discutir otros cambios sustanciales que se estaban gestando. La posibilidad de perder la fuente de trabajo se instaló como uno de los principales temores dentro del personal de enfermería. Para la época del trabajo de campo, coincidente con las primeras puestas en marcha de la reforma, circulaba el rumor acerca de que se iban a necesitar personas que estuvieran con el paciente, más que enfermeras. Esto generó inmediatas reacciones en el personal de enfermería, dando lugar a profundas reflexiones sobre su identidad y quehacer. En este sentido, sus narrativas destacaban su rol en contraposición con los diferentes prestadores de salud de la Colonia. Así lo relataba Néstor, licenciado en enfermería:

Esto lo podemos dividir en dos, hubo dos etapas. Una etapa del médico viejo y la enfermera empírica y una comunidad entera que decía que la enfermera ponía chatas y limpiaba culos. Eso ya pasó. Enfermería fue progresando mucho, ocupándose mucho y haciendo de ello, por ley, una profesión. Es una profesión en cuanto combina los conocimientos técnicos y científicos necesarios para la práctica y la manipulación necesaria que el chico requiere⁶². Entonces logramos una profesión. Pero antes y después, el que está 15 minutos con la persona y prescribe es el médico y el que está 6 horas con la persona es el enfermero.

⁶² El personal que trabaja en la Colonia suele referirse a los internados con las expresiones chicos o chicas, sin importar la edad de la persona.

Otro tanto puede decirse de su posicionamiento en relación con los psicólogos que también desempeñan tareas en la institución. Comentaba Charito, una de las auxiliares más experimentadas y antiguas de la Colonia:

Yo entiendo que los psicólogos son muy importantes, y que la psicología es importante, pero comparado con enfermería, nada que ver. Cuando se presentan casos de descompensaciones, los psicólogos llaman a enfermería. Pasa que a veces hay pacientes descompensados mal y hay que llegar y charlarle al paciente y sacarlo de la situación. En una ocasión, le dije al psicólogo: 'Y esto (que hago yo de hablarle) ¿no lo puede hacer usted?'. Finalmente, ¿cómo termina el paciente? Inyectado. O sea, ¿quién termina actuando? El enfermero.

La centralidad de la actividad y su carácter de indispensable fue señalada en reiteradas oportunidades en contraposición con el personal de rehabilitación, con quienes compiten fundamentalmente por los espacios. Así lo confirma una supervisora del personal de enfermería:

Pensá que el mayor rehabilitador aquí es el enfermero porque está las 24 horas. Es el que atiende todas las tareas, es el que alimenta, es el que cuida. El terapeuta no está si el paciente se siente mal. Finalmente, ¿quién es el que calma el dolor para que otro pueda trabajar?

En un tono mucho más enfático, Braulio, enfermero auxiliar a cargo de uno de los nuevos dispositivos, comentaba:

Nosotros siempre estamos en rehabilitación, para el enfermero lo fundamental es rehabilitación. Nosotros [lo hacemos] desde la mañana, desde que lo empezás a atender. ¿Qué empezás a hacer? La observación, lo levantás, le hacés la higiene, le das el desayuno, la medicación. Estás observándolo todo el tiempo. [...] Grabátele en la cabeza, enfermería es el eje principal de la rehabilitación. Estamos todo el tiempo rehabilitando. Les enseñamos cómo comer, cómo bañarse, cómo cambiarse.

Sin embargo, las reiteradas visitas a diferentes pabellones relativizan la contundencia de las afirmaciones de Braulio, ya que parte de la actividad del cuidado estaba a cargo de las mismas residentes de la Colonia. En un trabajo anterior (Balzano, 2004), se vio el caso de ocho mujeres –de un total de 13 diádas, conformadas por *cuidadoras* y *cuidadas*– que realizaban tareas vinculadas a la asistencia sostenida de pacientes, cuyas condiciones de salud les impedían valerse por sus propios medios. Dichas tareas consistían en bañarlas, alimentarlas, cambiarles los pañales, llevarlas a descansar, constatar que tomaran la medicación, alertar a las enfermeras de turno por eventuales cambios en sus condiciones de salud, entre otras cosas.

Es interesante destacar que no todo el personal de enfermería estaba dispuesto a dar a conocer que, en algunas oportunidades, la sugerencia de que una paciente cuidara de otra la hacía el personal de enfermería mismo. La falta de personal con el que contaba no sólo este, sino también el resto de los pabellones, generaba que se encontraran muchas veces desbordados en su carga de trabajo. No es de extrañar, entonces, que solicitaran colaboración entre aquellas pacientes que gozaban de buenas condiciones de salud⁶³. La reserva en la información pareciera responder al hecho de que delegar parte de sus tareas en una paciente podría entenderse como una falencia en el desarrollo de su labor, además de como una forma de desvalorización de su actividad. Si bien reconocían que las *cuidadoras* eran de gran ayuda, enfatizaban que no reemplazaban el cuidado de las enfermeras.

En esta búsqueda por valorizar su actividad, de demarcar su propio espacio y mantenerlo, resuena un incidente menor, pero muy revelador en este sentido. Una mujer que había sido recientemente contratada como operadora convivencial llevaba alrededor de su cuello un estetoscopio. Al verla, Elena, una supervisora de larga experiencia que hacía inspecciones corrientes en los pabellones, le llamó la atención porque no estaba habilitada para tomar signos vitales, por lo que debía atenerse a desarrollar las tareas para las que era competente. Al mismo tiempo,

⁶³ Para el momento en que fue realizado el trabajo de campo en ese pabellón hacia finales de 2003, la totalidad de internadas era de 80 pacientes que contaban con la presencia de dos o tres enfermeras por turno.

Elena alentaba al personal a contribuir con ciertos detalles decorativos a fin de que se viera *la mano de la mujer*. Como en muchos otros casos de enfermeras que fueron instruidas en la Colonia y tuvieron formación fuera del ámbito institucional, Elena mantenía un cuidadoso balance entre el desarrollo de los aspectos estrictamente técnicos y el *ethos* maternal en la construcción de su identidad (Apesoa-Varano, 2007).

En el largo proceso de ir desarrollando conciencia en el personal respecto de los nuevos lineamientos, fue posible presenciar algunas de las charlas que el personal de psicología ofrecía en los diversos pabellones en los que se habían contratado operadores convivenciales. En este caso preciso, se trataba de un grupo de mujeres muy jóvenes y entusiastas que recién comenzaban a desarrollar sus tareas en el ámbito de la Colonia. La charla, que se daba en el marco de un taller orientativo sobre la reforma institucional y conducido por un equipo de psicólogas, se llevó a cabo en el *office* de enfermería de uno de los pabellones de mujeres y, aunque nadie lo manifestaba, se advertía cierta tensión. Auxiliares y enfermeras estaban invitadas a presenciar la exposición como espectadoras. Brevemente, el equipo de profesionales hizo referencia a la creación de la Colonia y a la distinción entre la psicosis y la discapacidad mental, poniendo énfasis en el proceso de psiquiatrización de esta última. Mientras la charla se desarrollaba, una de las enfermeras armaba flores de papel para el festejo de la primavera. La tensión iba creciendo entre el antiguo personal de enfermería, al tiempo que otra de las psicólogas resaltaba:

...hay una búsqueda por reinstalar el deseo. Aquí no se ha dado lugar al paciente como sujeto. Además, el vínculo con la familia es muy traumático. Desde que nace, los padres son informados de la 'falla' del hijo. Y las familias pasan desde el abandono hasta la sobreprotección. Por lo tanto no se ve al niño como un sujeto. Se piensa por él. Se le ayuda, no se lo toma como un otro en tanto que deseante.

Esta última reflexión crispó el ánimo de una de las auxiliares de enfermería, que enfurecida comentó:

Lo del 'otro-en-tanto-que-deseante' a nosotros no nos sirve, porque lo que necesitamos es que nos cierren las puertas de los túneles⁶⁴, porque por ahí se nos pueden llegar a caer los pacientes. [...] Se muere un paciente y es a nosotras a las que nos encaminan un sumario.

Esta intervención, además de poner de manifiesto conflictos latentes entre dos conceptualizaciones paradigmáticamente diferentes respecto de cómo encarar un tratamiento, alerta sobre la responsabilidad inherente al personal de enfermería frente al internado y la necesidad de resolución de aspectos primordiales para el seguro funcionamiento del pabellón.

El grupo de psicólogas, de larga experiencia en la institución y con una clara conciencia de la necesidad de resolver problemas estructurales, dieron paso a que el personal de enfermería se expresara respecto de sus problemas concretos y las alentaron para hacer los reclamos pertinentes. La mayoría, tanto en este como en los otros pabellones, estaban vinculados a problemas de mantenimiento que incidían en un adecuado manejo del pabellón. Esto recuerda lo expresado por Chambliss (1996:66) cuando dice que el hecho de “estar en escena durante todo el día, implica que las enfermeras están para integrar los diferentes aspectos dentro del hospital. Ya que no hay un consenso general respecto de la labor de la enfermera, tampoco hay límites para su trabajo”.

*A pesar de ser enfermera [en realidad es auxiliar], hago de todo: corto uñas, corto pelo, hago de pedicura, acompaño a bañar, a vestirlas, les doy la medicación. En resumen, atención total del paciente. Pero también clavo clavos, si tengo que hacerlo.
(Entrevista a una auxiliar de enfermería realizada el 7-05-2008).*

Pese a la variedad de tareas que las enfermeras desarrollan en la Colonia, muy pocas reflexionaron sobre la adecuación del trabajo que

⁶⁴ Se refiere a antiguos túneles que interconectaban los diferentes edificios de la Colonia. La falta de mantenimiento los ha transformado en inutilizables y peligrosos.

realizan a su verdadera actividad profesional. Cualquier tarea que no esté prevista estrictamente dentro del quehacer enfermero, igual se acepta como tal, puesto que se la percibe como una forma de *cuidado integral del paciente*.

Esta ductilidad ante el despliegue laboral contrasta con la posición de otros profesionales del área de salud. En la narrativa siguiente, Rosario, una joven enfermera a cargo de uno de los nuevos dispositivos, comenta las vicisitudes iniciales y ajustes en la implementación del nuevo modelo psicosocial. La propuesta era intentar que su centro de día tuviera las características de un hogar y no las del funcionamiento rígido de los pabellones.

Yo adhiero a flexibilizar las normas del pabellón, pero no creo que por eso se deba estar en el desorden total. En una casa no hay desorden. Y uno tiene un horario para ir al médico. No hay que confundir. Esto debería ser un equipo. Tenemos que tirar todos para el mismo lado.

Al principio, yo acá me sentía mal, porque mi función aquí era como hacer de mucamita. Porque las primeras veces que estuve me tocó estar sola. Y me sentía como la mucamita del lugar.

Yo limpiaba y cambiaba. ‘¡Ah! Porque yo soy profesional, no voy a cambiar pañales’, decían los otros. Yo soy enfermera profesional y cambio pañales. Y pongo zapatillas y meto a los chicos al baño. Estamos todos acá [embarcados en el mismo proyecto] me parece que el tema del ser profesional...

Yo no soy menos profesional porque entro al baño con un chico.

Yo estuve muchos días sola, tapada de trabajo y el equipo de rehabilitación estaba muy contento tomando mate... Guardando la ropa, doblando la ropa, cambiando a los chicos: ‘total, la tonta hace las cosas’. ¿Qué se creen, que yo soy el burrito de carga que viene a hacer de mucamita de ellos? No, así no es.

En esta narrativa, recabada hacia mediados de 2007, pueden leerse varios “textos” relativos al proceso de cambio en la institución. Uno de los aspectos más interesantes, sin embargo, es este descubrimiento

que hace la joven enfermera de la desvalorización de su propio trabajo en el seno de un equipo multidisciplinario en el que ella, hasta ese momento, era la única enfermera. Tal como ya lo viera Chiappetta-Swanson (2005:94), las enfermeras hacen el “trabajo sucio”, pero indispensable para otros, que construyen su respetabilidad en la sociedad manteniéndose por encima de esas tareas. Por su parte, Molinier (2015) afirma: “La devaluación del cuidado está muy profundamente enredada con la práctica de evitar una dimensión de la experiencia humana: el cuidado genera sufrimiento, malestar, asco, miedo, emoción, excitación, tristeza, y a veces odio” (p.11).

Así como no se valora la labor en sí misma, tampoco se advierte la cantidad de tiempo puesta al servicio de los logros que se consiguen dentro de lo que se llama “trabajo sucio”, que a su vez, solamente los reconocen quienes hayan hecho la misma tarea. Respecto de uno de los talleres de control de esfínteres, comentaba Jacinta, una de las profesionales:

Nosotros empezamos acá cuando a cada hora iban al baño. Era muy molesto, pero ahora solo los levantamos a las 12:30 y a las 5:15. Pero antes los teníamos que levantar tres y cuatro veces. Estos pacientes eran los nueve de [usar] pañales. Había que trabajar para quitarles el pañal. [...] De repente, tenés que estar mucho así [muy encima del paciente], pero bueno, vas sintiendo la satisfacción.

La falta de valoración de los no-enfermeros sobre los logros alcanzados por los enfermeros pareciera compensarse con la satisfacción personal de llevar a cabo la tarea. De hecho, el 96% del personal de enfermería de la Colonia registra un alto grado de satisfacción con la labor que realiza (Balzano, 2011)⁶⁵.

Por otra parte, la marginalidad de las personas a las que asisten despierta en el personal de enfermería de la Colonia una posición de

⁶⁵ Si bien existen pocos estudios sobre *burnout* con personal dedicado a la atención de la persona con discapacidad mental, los que hemos podido consultar (Mascha, 2007; Alexander y Hegarty, 2000; Blumenthal, Lavender y Hewson, 1998) revelan características similares, es decir, un alto grado de desgaste emocional, pero también un relativamente alto índice de realización personal.

defensa. En numerosas ocasiones se escucha decir: “Claro, como esta gente no vota...”, en alusión a la falta de interés de las autoridades de turno en la mejora de la situación de los residentes⁶⁶. Este compromiso existencial con la persona a la que se le dispensa cuidados aparece como uno de los componentes más valorados en la construcción de su identidad. En una de las entrevistas acerca de cómo había sido su ingreso a la institución, Ernestina, auxiliar de enfermería, comentó:

Alguien una vez me dijo: ‘Si vas a entrar a trabajar ahí [en la Colonia], ponete en la piel de ellas, si querés trabajar bien’. ¡Ah! ¡Voy a entrar ahí! Yo no lo voy a soportar...’ Entonces un hombre que tuvo a la esposa acá, pero en otro pabellón, me dijo: ‘Ponete en la piel de ellas y vas a ver cómo las vas a entender’. Y yo me pongo en la piel de cada una.

Este proceso de identificación, expresada a través del *ponerse en la piel del otro*, sólo funciona en la medida en que la enfermera participe activamente como escucha de la vida del otro. En esta interacción pareciera empezar el proceso terapéutico.

Reflexiones finales

La reestructuración del modelo tradicional de atención en la Colonia, caracterizado por una fuerte impronta de lo biomédico, las medidas tomadas por las autoridades para el logro de los nuevos objetivos y la puesta en común en las reuniones periódicas con personal de otras áreas de atención desataron un proceso de reflexión que se registra en los testimonios del personal de enfermería de la institución respecto del alcance de su labor. Cualquiera sea el paradigma epistemológico en el que se hayan formado, las enfermeras destacan su cualidad de

⁶⁶ Merece destacarse que a partir de la sanción de la Ley N° 26.657, tendiente a la modificación de los modelos de internación asilar y los dispositivos manicomiales de encierro, se garantiza el ejercicio del derecho a votar a todas las personas con padecimientos mentales. Los residentes de la Colonia Montes de Oca pudieron hacerlo durante las elecciones Primarias Abiertas Simultáneas y Obligatorias (PASO) el 14 de agosto de 2011.

ser presencias permanentes, aunque en la realidad cotidiana, parte de la labor de cuidado la ejerzan las mismas residentes. Sin embargo, en confrontación con otros profesionales no-enfermeros que asisten al residente, subrayan, sobre todo, el compromiso propio de presentar continuidad en tiempo y espacio (Strauss, 1966, p.117), en función de su interacción con el discapacitado mental. Establecen lazos muy profundos con los internados, ya que el promedio de años de internación en el establecimiento, para el momento en que se desarrolló este trabajo, era de aproximadamente 20 años.

Mucho se ha debatido en los círculos académicos enfermeros sobre el grado de cercanía óptima en la relación paciente-enfermera, pero la postura de Benner y Wrubel (1989) parece la más adecuada cuando afirman que es imposible que las enfermeras cuiden de sus pacientes y los ayuden sin cierto grado de compromiso personal. Ahondando en el tema, Pascale Molinier (2008), en su artículo sobre la psicodinámica del trabajo y la ética del cuidado en relación con la labor enfermera, introduce la noción de compasión, sobre la que afirma que no tiene nada de natural. De hecho, establece que “se trata de un arreglo secundario, de una modificación de la subjetividad por el trabajo”. Finalmente agrega: “Estabilizada por la experiencia, la compasión se torna auténtica... El riesgo consiste en dejarse llevar por la compasión hasta la consunción y el agotamiento profesionales” (p.127). Como se ha dicho más arriba, el cuerpo de enfermeras y enfermeros de Montes de Oca han transitado este riesgo. Los resultados de la evaluación del Inventario Maslach revelan un alto índice de *burnout* por cansancio emocional.

El compromiso del colectivo con sus pacientes aparece signado, entre otras cosas, por la asunción de la defensa del otro, de quien se transforman en voceros, en tanto velan por su seguridad. En este sentido, el personal de enfermería no tiene problemas en visibilizar su propia actividad. Pero también el compromiso se manifiesta por la empatía, por *meterse en la piel del otro*, tal como se ha visto en el testimonio de Ernestina, y por compartir su intimidad en esta tarea de reordenarle “las cosas fuera de lugar”, tan característico de todo el quehacer enfermero. En este compromiso personal en el cuidado, fundado en el afecto y el cariño mencionados en el relato de Teresa, y en el adiestramiento de la

persona discapacitada para reorientarla desde la incontinencia pública al control privado del cuerpo, presente en la narrativa de Jacinta, se invisibiliza la labor enfermera. Como mostraba Rosario, parte del profesionalismo en el quehacer enfermero está en el buen entrenamiento de disimular “las cosas fuera de lugar” del otro al que se cuida. En esta experimentada discreción de lo que hacen por el otro para preservar su dignidad, encuentran la suya propia.

A pesar del doble estigma por su trabajo como enfermeras, que ejercen en una colonia *de locos*, la identidad laboral del colectivo permanece más que intacta, fortalecida en función de contribuir a la dignidad del otro, construyendo una fuerte cultura organizacional en la que identifican un nosotros versus un ellos no-enfermeros (Ashforth y Kreiner, 1999). De esto han dado cuenta los testimonios de Néstor, Charito y Braulio, relativos al impacto de su labor en contraposición con la de médicos, psicólogos y terapistas ocupacionales.

En un trabajo etnográfico, Philip Stafford (2003) muestra cómo el ámbito de internación geriátrico se convierte en un espacio disputado en cuanto a la atribución de significados; las áreas grises de los que asisten transitan entre el dominio médico del tratamiento y el dominio doméstico del cuidado. Para las enfermeras/os de la Colonia Montes de Oca no hay áreas grises, son las enfermeras/os quienes están; quienes a través de sus cuidados remiten y reintegran al paciente al dominio de lo doméstico, sin por ello descuidar los aspectos estrictamente biomédicos.

Referencias

Alexander M. y Hegarty J. R. (2000): “Measuring staff burnout in a community home”, *The British Journal of Developmental Disabilities*, 46, 51-62.

Apesoá-Varano, C. (2007): “Educated Caring: The Emergence of Professional Identity among Nurses”, *Qualitative Sociology*, 30, 249-274.

Ashforth, B. E. y Kreiner, G. E. (1999): “How Can You Do It?: Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity”, *Academy of Management Review*, 24, 413-434.

Baggio, M. A. y Erdmann, A. L. (2010): "The (in)visibility of caring and of the profession of nursing in the relations space.", *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (6), 745-750.

Balzano, S. (2011): "Del Cuidado a los que Cuidan: Síndrome de desgaste laboral crónico en una colonia neuro-psiquiátrica", en Balzano, S. (ed.) *De la Nueva Cuestión Social al Cuidado y la Sociabilidad*. Buenos Aires: EDUCA (pp. 207-234).

- (2008): "Si hay libertad, todo lo demás sobra. Reflexiones sobre el proceso de institucionalización en una colonia psiquiátrica", *Gazeta Antropológica*, 24 (2). Recuperado el 23 de enero de 2016, de http://www.ugr.es/~pwlac/G24_49Silvia_Balzano.html

- (2007): "Cuando las disciplinas de la norma legitiman la (normal)idad: De 'buenas y malas conductas y descompensaciones' en la Colonia Montes de Oca", *Intersecciones en Antropología*, 8, 339-353.

- (2004): "Estudios de Antropología en una Institución Neuropsiquiátrica: Intercambio social y reciprocidad en la Colonia Montes de Oca", *Publicaciones del Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica*, Año XV, (49).

Benner, P. y Wrubel, J. (1989): *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.

Bjorklund, P. (2004): "Invisibility, Moral Knowledge and Nursing Work in the Writings of Joan Liaschenko and Patricia Rodney", *Nursing Ethics*, 11, 110-121.

Blumenthal S., Lavender T. y Hewson S. (1998): "Role clarity, perception of the organization and burnout amongst support workers in residential homes for people with intellectual disability: a comparison between a National Health Service trust and a charitable company", *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 409-417.

Chambliss, D. (1996): *Beyond Caring. Hospitals, Nurses and the Social Organization of Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.

Chiappetta-Swanson, C. (2005): "Dignity and Dirty Work: Nurses' Experiences in Managing Genetic Termination for Fetal Anomaly", *Qualitative Sociology*, 28, 93-113.

Cohen, H. A. (1981): *The Nurse's Quest for a Professional Identity*. Menlo Park, California: Addison-Wesley Publications Co.

Colliere, M. F. (1986): "Invisible Nursing and Invisible Women as Health-Care Providers", *International Journal Nursing Studies*, 23, 95-112.

Cummings, G.; Hayduk, L. y Estabrooks, C. (2005): "Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership", *Nursing Research*, 54, 2-12.

Davis, A. J. (2007): *El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar*. Collegi Oficial Infermeria de Barcelona. Recuperado el 6 de agosto de 2009, de http://212.9.72.18/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0_DEF.PDF.

De Schipper, J.; Stolk, J. y Schuengel, C. (2006): "Professional caretakers as attachment figures in day care centers for children with intellectual disability and behavior problems", *Research in Developmental Disabilities*, 27, 203-216.

De Titto, R.; Ricci, M. T. y De Titto, R. (2004): *Historia de la enfermería. Formación y Perspectivas*. Buenos Aires: El Ateneo.

Douglas, M. (1984): *Purity and Danger*. London: Ark Paperbacks.

"El caso de la Doctora Giubileo. Una misteriosa desaparición que ya tiene más de dieciocho años." (2004, 2 de enero), *Clarín*, Sección Policiales: <http://www.clarin.com/diario/2004/01/05/g-04540.htm>

Duchscher, J. B. (2008): "Process of Becoming: The Stages of New Nursing Graduate Professional Role Transition", *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39 (10), 441-50.

Greiner, C. (1991): "Desperately Seeking Nurses: Hospital Restructuring Makes RN Jobs Less Attractive", *Anthropology of Work Review*, 12, 13-16.

Gómez, P. y Olivares, E. (2006): *Calidad de Atención de Enfermería en Salud Mental Comunitaria*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 6 de agosto de 2009, de www.paho.org/Spanish/AD/GE/consultorio-enfermeria-saludmental-march06.pdf

Grimberg, M. (2009): *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.

Heredia, A. M.; Espino, S.; Malvárez, S. y Habichayn, A. (2005): "Profesionalización de Auxiliares de enfermería en Argentina", *La profesionalización de Auxiliares de enfermería en América Latina, Córdoba, Organización Mundial de la Salud, Serie Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe*, 13, 168.

Hughes, E. (1962): "Good People and Dirty Work", *Social Problems*, 10, 3-11.

-(1971): *The Sociological Eye: Selected Papers*. New Brunswick: Transaction Books.

Jackson, E. (1997): "Dimensions of Care in Five United States Nursing Homes: identifying invisible work in care-giving", *International Journal of Nursing Studies*, 34, 192-200.

Lawler, J. (1991): *Behind the Screens. Nursing, Somology, and the Problem of the Body*. Melbourne: Churchill Livingstone.

Lea, A.; Watson, R. y Deary, I. (1998): "Caring in nursing: a multivariate analysis", *Journal of Advanced Nursing*, 28, 662-671.

Leininger, M. (1988): *Caring an Essential Human Need*. Detroit, Michigan: Wayne State University Press.

Luteral de Schiavi, P. (2008): "Situación de enfermería en la Argentina", XI *Congreso Argentino de Salud Asociación Civil de Actividades Médicas Integrada*. Recuperado el 5 de agosto de 2010, de http://www.acami.org.ar/c_2008_presentaciones.asp?id=3

Mascha, K. (2007): "Staff Morale in Day Care Centres for Adults with Intellectual Disabilities", *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 191-199.

Molinier, P. (2008): "Trabajo y compasión en el mundo hospitalario. Una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26 (2), 121-138.

Molinier, P. (2015): "Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible?" *Topia. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*. Recuperado el 20 de abril de 2016, de <https://www.topia.com.ar/articulos/salud-y-trabajo-trabajadores-hospitalarios-cultura-gestion-cultura-del-cuidado-%C2%BFuna>

Nelson, S. (2011): "A imagem da enfermeira - as origens históricas da invisibilidade na enfermagem", *Texto y Contexto - Enfermagem*, 20 (2), 223-224.

Norwood, S. (2005): "The Invisibility of Advanced Practice Nurses in Popular Magazines", *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 13, 129-133.

Stafford, P. B. (2003): *Gray Areas: Ethnographic Encounters with Nursing Home Culture*. Philip B. Stafford (ed.), Santa Fe, NM: School of American Research Press.

Strauss, A. (1996): "The Structure and Ideology of American Nursing: An interpretation" en Davis (ed.), *The Nursing Profession, Five Sociological Essays*, New York: Wiley (pp. 60-140).

Torralba I Roselló, F. (1998) " *Antropología del Cuidar*. Institut Borja de Bioética. España: Fundación MAPFRE Medicina.

Viéitez, E.(20013): "En Argentina todavía hay un déficit de 40 mil enfermeros". Recuperado el 22 de octubre de 2013, de http://www.clarin.com/salud/Argentina-todavia-deficit-mil-enfermeros_0_1015698502.html

Watson, J. (1988): *Nursing Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. New York: National League of Nursing.

La profesión enfermera y el trabajo de cuidado

Puntuaciones de investigación a la luz de la psicodinámica del trabajo y la teoría del *care*⁶⁷

Miriam Wlosko y Cecilia Ros

En este artículo nos ocupamos de indagar las relaciones entre el trabajo de enfermería y las tareas que constituyen su objeto específico: el cuidado.

Para ello, nos apoyaremos en las investigaciones que hemos realizado con personal de enfermería⁶⁸, así como en los desarrollos teóricos

⁶⁷ Este artículo se apoya en diversos trabajos previos: la conferencia que dió Miriam Wlosko en el Seminario *Los desafíos del cuidado* organizado por OPS-México, de México, el 7 de Julio del 2015 en la Universidad Tecnológica de México, y en el artículo *Las cosas del cuidar: relaciones de género, trabajo y enfermería* escrito por Miriam Wlosko y publicado en 2010. A su vez, esta producción se inspira en las investigaciones realizadas entre 2007 y 2012 en el marco del Programa de Salud y Trabajo de la Universidad Nacional de Lanús, dirigidas por Miriam Wlosko y Cecilia Ros.

⁶⁸ La primera de dichas investigaciones *Violencia Laboral en Enfermería*, dirigida por Miriam Wlosko y Cecilia Ros, se llevó a cabo en el marco del Programa de Salud y Trabajo del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús entre los años 2007 y 2010. Investigación de corte exploratorio-cualitativo, se propuso indagar las dinámicas de violencia laboral en personal de enfermería perteneciente a hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Conurbano bonaerense. Para ello, se realizaron 23 entrevistas en profundidad a enfermeras/os que vivieron –en persona o como testigos directos– situaciones de violencia laboral. A fin de confirmar las pautas o regularidades obtenidas mediante dichas entrevistas, se realizó posteriormente un subestudio de validez de contenido. Para ello se tomaron 36 entrevistas semi-estructuradas a enfermeras/os con larga experiencia en el oficio y con responsabilidades de gestión. Estas entrevistas permitieron chequear las características y ponderar el peso de las dinámicas violentas que vive el personal de enfermería.

La población de este estudio se compuso de un 95% de enfermeros del sector público, de los cuales el 80% son mujeres, y cuya media de edad es 43 años. El 80% son enfermeros profesionales, y el 60% tiene más de 10 años de antigüedad en la profesión. El 60% trabaja en instituciones de salud del Gran Buenos Aires - La Plata, y el resto en la CABA. El 90% corresponde al sector público, en instituciones que en el 95% de los casos poseen internación.

Una segunda investigación denominada *Violencia laboral: un estudio de prevalencia en población trabajadora del sector servicios privados*, se desarrolló entre 2011 y 2013. También fue realizada

de la psicodinámica del trabajo⁶⁹ y los de la perspectiva del *care*⁷⁰ (Parkerman y Laugier, 2005; Molinier, 2005, 2008, 2011, 2013).

Se tratará por tanto de reflexionar en torno del *trabajo real* que llevan a cabo las enfermeras⁷¹, así como respecto de los vínculos entre trabajo de enfermería, trabajo de cuidado y *relaciones sociales de sexo*.

Entre las diversas dimensiones que surgen de nuestras investigaciones, hay cuatro que sobresalen por el impacto que poseen y por su carácter sistemático. La primera de ellas es el déficit crónico de personal, elemento que caracteriza tanto a las organizaciones de salud públicas como privadas; en segundo lugar la sobrecarga de trabajo, que se vincula tanto con la insuficiencia de personal como con la introducción de normas de gestión que obligan a seguir protocolos y a cumplir con estándares de cuidado pre-establecidos. Lo anterior no sólo impacta en la salud del personal, sino que afecta la dinámica de los equipos de trabajo y por tanto, incide en la calidad de los cuidados que se brindan. Un tercer elemento se vincula con una fuerte vivencia de desvalorización del oficio y de falta de reconocimiento de su labor, vivencia que posee sorprendente regularidad en estudios realizados con personal de enfermería de todo el mundo. Un último elemento significativo que surge de nuestras investigaciones se vincula con niveles significativos

en el marco del Programa de Salud y Trabajo, y dirigida por Miriam Wlosko y Cecilia Ros. Este estudio analizó desde una perspectiva epidemiológica, la ocurrencia de violencia laboral en cuatro poblaciones de trabajadores del sector servicios pertenecientes a empresas privadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: trabajadores de supermercados (574 personas), de *call centers* (519 personas), de clínicas (310) personas) y de geriátricos (94 personas). En el caso del sector salud, una parte importante de dichos trabajadores eran enfermeras/os y trabajadores de la sanidad: camilleros, mucamas, auxiliares, etc. Para mayor detalle de los resultados de este estudio ver: Wlosko, Ros, Macías y Muskats, 2013 y Wlosko y Ros, 2013.

⁶⁹ Disciplina creada en los años 80 por el psiquiatra y psicoanalista francés Christophe Dejours, la psicodinámica del trabajo constituye una teoría y una práctica clínica del trabajo cuyo objeto es el análisis psicodinámico de los procesos subjetivos e intersubjetivos movilizadas por las situaciones de trabajo. “Dinámica” refiere aquí al conflicto psíquico, e implica que la investigación clínica toma como eje a los conflictos que surgen del encuentro entre un sujeto, portador de una historia singular preexistente, y una organización del trabajo cuyas características son fijadas independientemente de su voluntad (Dejours, 1990; Molinier y Flottes, 2012; Wlosko, 2015).

⁷⁰ En este artículo, siendo el uso específico del término inglés “*care*” una elección por parte de las autoras, se mantuvieron ambos sustantivos: cuidado y *care* (nota de la editora).

⁷¹ A partir de aquí hablaremos de “enfermeras” –en femenino– no sólo porque la mayoría de este colectivo de trabajo es femenino, sino en función de los desarrollos teóricos que aquí planteamos.

de conflictividad que conducen a la eclosión de dinámicas de violencia y acoso laboral.

Ante este panorama cabe preguntarse: ¿qué vinculación podrían tener estos fenómenos con el trabajo que llevan a cabo las enfermeras? Y además, ¿qué relaciones se tejen entre las características del trabajo enfermero, el cuidado y género?

Características del trabajo real y la organización del trabajo en enfermería

Para comenzar a dar respuesta a estos interrogantes es preciso prestar atención al trabajo real que llevan a cabo las enfermeras, así como a las especificidades de la organización del trabajo en la que éste se realiza.

La labor de enfermería se caracteriza por la sobrecarga de trabajo, las jornadas extensas, los turnos rotativos, el trabajo nocturno y los frecuentes cambios de servicio o turno, en función de los requerimientos de atención y de la existencia o no de personal. El personal está expuesto a diversos riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos y psicológicos. Aunque la enfermería tiene un alto nivel de requerimiento en el mercado de trabajo, los salarios son bajos, lo que está relacionado con que muchas tengan dos o tres trabajos, y realicen horas extras. A su vez, tanto clínicas privadas como hospitales públicos se manejan con menos personal que el estipulado⁷² lo que, lógicamente, incide en la sobrecarga de trabajo como norma.

Una constatación central de nuestras investigaciones con personal de enfermería se vincula con que el trabajo enfermero requiere lidiar con una brecha muy grande entre *trabajo prescripto* y *trabajo real*, esto es, entre lo que la organización prescribe formalmente (lo que “hay que hacer”) y lo que *efectivamente* se hace para que el trabajo se haga en

⁷² Precarización y flexibilización constituyen modalidades extendidas de la gestión de la fuerza de trabajo del subsector salud hace largo tiempo. Aunque historizar las políticas públicas que han construido estas modalidades de gestión excede los límites de este artículo, cabe señalar que existe una importante segmentación de la fuerza de trabajo enfermera –esto es, de trabajadores que a pesar de realizar tareas y poseer calificaciones profesionales similares tienen contratos de trabajo y derechos diferentes (permanentes, contratados, becarios)–.

tiempo, forma y calidad. Como se sabe, no es posible alcanzar los objetivos de la tarea si se respetan escrupulosamente las prescripciones, consignas y procedimientos: el trabajo no puede ser reducido a la ejecución de prescripciones, normas o procedimientos de la organización del trabajo. Si las personas que trabajan se atuviesen estrictamente a dichas normas y procedimientos no harían otra cosa que “trabajar a reglamento”.

La brecha o desfase entre trabajo prescripto y trabajo real existe siempre, sean cuales fueren las cualidades de la organización de trabajo. La organización real del trabajo nunca es la organización prescripta. Ahora bien, la organización del trabajo puede brindar márgenes de libertad que permitan el despliegue de la creatividad y el ingenio, o bien impedirlos, generando el terreno para que los trabajadores se vean impelidos a “hacer trampa”, y por tanto, temer ser atrapados en falta. Es por esto que la organización del trabajo nunca es neutra: o funciona como un operador de salud permitiendo la movilización subjetiva de la inteligencia⁷³, o bien ataca el margen de maniobra y la capacidad de invención tachándola de fraudulenta. La negación de lo real conduce a interpretar los fracasos en el trabajo cotidiano como falta de competencia o seriedad, o bien como mala voluntad y falta de capacitación de los trabajadores (Dejours 1998).

La brecha entre trabajo prescripto y trabajo real se acrecienta hasta tal punto en el trabajo de enfermería, que los sujetos se ven llevados –a fin de poder realizar su trabajo– a transgredir las normas y procedimientos prescriptos por la organización y/o por las jefaturas⁷⁴. Dicho

⁷³ En la perspectiva de la psicodinámica del trabajo, trabajar implica una actividad de pensamiento y de elaboración de la experiencia que moviliza en profundidad a la subjetividad toda, poniendo en juego la creatividad: siempre hay algo que el sujeto debe inventar, descubrir o crear para “cubrir” de algún modo la brecha siempre existente entre trabajo prescripto y trabajo real. Hablar de subjetividad implica modos de hacer, sentir y pensar compartidos, que involucran tanto al individuo como al colectivo de trabajo. La subjetividad comienza por el cuerpo: en el trabajar, se ponen en juego toda una serie de saberes motores, de memorización de la experiencia de la materia y de las herramientas u objetos técnicos. Hablar de subjetividad en el trabajo, hace referencia a un investimento que va mucho más allá del tiempo estricto de trabajo, afectando al sujeto en su humor, en su espacio doméstico y en sus sueños (o insomnios). Es en función de estas relaciones entre la experiencia ordinaria del trabajo y la intimidad de los procesos intrasubjetivos, que afirmamos que la subjetividad es movilizada por completo y se encuentra implicada en la formación de competencias y del ingenio requerido para realizar un trabajo.

⁷⁴ Muy diversos trucos y triquiñuelas son inventados y puestos en práctica en todo tipo de trabajos. Se trata de habilidades “discretas” que se crean a partir del cuerpo y con el cuerpo. Un problema intrínseco de estas habilidades es que no es fácil dar cuenta de esos saberes

de otro modo, en las organizaciones de salud es frecuente que se pongan en práctica modalidades de gestión que colocan a los sujetos “entre la espada y la pared”: para realizar el trabajo deben hacerlo de un modo que incumple las normas legales, irrespetando el saber-hacer y los tiempos que requiere su realización, o bien, deben transgredir órdenes, ritmos, procedimientos y normas prescriptas (Wlosko y Ros, 2008)⁷⁵.

Ahora bien, para poder comprender apropiadamente el trabajo real que lleva a cabo el personal de enfermería es preciso considerar que este se despliega en torno del cuidado de un otro vulnerable.

Los cuidados-objeto central de la profesión enfermera- se conciben como la puesta en práctica de un cuidar humanizado que debe realizarse mediante el abordaje integral de la persona (Marriner Tomey, 1994; Colliere, 1999). Esta forma de concebir los cuidados requiere del aprendizaje de destrezas tanto técnicas como emocionales. En efecto, no basta con la experticia para poner una sonda o para administrar medicación: es preciso aprender a poner en práctica determinadas habilidades como la empatía, la escucha, el diálogo, la ternura y la compasión. Todas cualidades tradicionalmente atribuidas a las “mujeres” o a la femineidad.

Aunque en sus inicios la enfermería en la Argentina fue masculina, desde fines del siglo XIX comenzó a ser un oficio casi exclusivamente femenino (Wainerman y Binstock, 1993). Por supuesto, hoy día la profesión admite hombres, sin embargo la ideología que naturaliza las tareas de cuidado acoplándolas a habilidades o características “femeninas” sigue vigente: desde la concepción de la mujer como alguien a quien “se le da mejor” lo relacional, a la idea de que las mujeres son mejores para la higienización y el confort de un enfermo. Se trata de un deslizamiento

incorporados porque la inteligencia del trabajo se adelanta a la capacidad de simbolizarla, formalizarla, justificarla, explicitarla y transmitirla. Las habilidades “discretas”, los trucos del oficio, suelen ser considerados como transgresiones y quedar en la sombra, y al mismo tiempo suelen ser negados por la gerencia, lo que repercute en que no exista retribución o reconocimiento formal vinculado a estas (Dejours, 2013, T1, pp. 30-35; véase asimismo Molinier, 2005).

⁷⁵ Estas situaciones suelen ser negadas por los responsables de la organización de trabajo. En función de los relatos de las entrevistadas/os, parece ser frecuente en las organizaciones hospitalarias y/o en enfermería un “estilo” de relación de doble estándar con la norma - con lo que se debe y lo que no se debe hacer - que genera una serie de reglas prácticas implícitas relativas tanto al trabajo técnico como a la gestión de derechos de los trabajadores, y que además regulan los modos de distribuir beneficios y sanciones dentro de los colectivos enfermeros.

típico de ideologías naturalistas, que apoyándose en cualidades del ser (“capacidad empática”, “instinto maternal”, y la famosa “vocación” que remite a la “entrega”) se montan en cualidades de género históricamente atribuidas a la feminidad.

En nuestras investigaciones hemos podido observar que este deslizamiento de habilidades no sólo posee carácter de género sino también –y frecuentemente– carácter de clase. Las enfermeras se quejan de la mirada que tiene “la sociedad” acerca de ellas: lejos de entender a la enfermería como profesión independiente, suele considerarla más cercana a las tareas de servicio e incluso a las “tareas de limpieza”, situación que confirma la pertinencia de la noción de co-extensividad entre relaciones sociales de sexo y relaciones de clase⁷⁶. Es ardua la tarea de decodificación e interpretación que libran las enfermeras respecto de las percepciones provenientes del sentido común⁷⁷. Sin duda, la diferenciación de puestos, tareas, saberes y prestigios recorre de manera compleja la división del trabajo en las organizaciones de salud, generando situaciones conflictivas disparadas no sólo por el accionar de la organización de trabajo, sino por el de los propios trabajadores de la salud⁷⁸, en las que se coagulan características naturalizadas de género y clase.

⁷⁶ La noción de *relaciones sociales de sexo* (Kergoat, 2003; Hirata, 2000; Hirata y Kergoat, 2005) alude a: 1. relaciones transversales al conjunto del sistema social; 2. relaciones históricas (se reproducen y a la vez, cambian constantemente) 3. relaciones de poder y dominación, 4) relaciones inseparables de las relaciones de clase: entre relaciones sociales de sexo y relaciones de clase hay co-extensividad. Un aporte de esta categoría analítica es el de señalar el papel central del trabajo en la producción y reproducción del género. La noción de co-extensividad da por tierra con la idea de la determinación de clase por sobre las otras relaciones sociales: la explotación en el trabajo asalariado y la opresión de sexo son indisociables. La preeminencia de lo económico, que hacía de la fuerza del trabajo un concepto clave en el análisis marxista clásico de las relaciones de dominación da lugar -con la tesis de la “co-extensividad” de las relaciones de clases y de sexos- al concepto de sujeto sexuado inserto en una red de relaciones intersubjetivas. Se trata de una subjetividad activa, y al mismo tiempo “sexuada” y “clasista” (Hirata y Kergoat, 2005; Wlosko, 2010)

⁷⁷ Ardua diferenciación si además se tiene en cuenta que una gran parte de la población que accede a estudios terciarios o universitarios de enfermería proviene de sectores muy humildes de la población.

⁷⁸ La diferenciación entre la enfermera-mucama y la enfermera-profesional, constituye en algunas instituciones de salud una transición pendiente, sobre todo en los geriátricos. No obstante, es frecuente ver que la “ley del gallinero” se cumple con asombrosa implacabilidad: las tareas que son consideradas como más “sucias”, pesadas o “humillantes” son derivadas a las nuevas trabajadoras, las de menor jerarquía profesional y/o las menos capacitadas: mucamas, auxiliares, cuidadoras.

En suma, el deslizamiento de habilidades y saberes hacia cualidades de género y de clase contribuye a olvidar que “el cuidado es ante todo un trabajo” (Molinier, 2011): no hay nada en el trabajo enfermero que dependa de cualidades naturales. Los cuidados suponen saberes técnico-emocionales que sólo se aprenden trabajando.

¿Qué consecuencias posee este deslizamiento de saberes específicos de la profesión enfermera a la esfera de lo natural-sexuado en función de estereotipos de género y clase?

Habilidades naturalizadas, invisibilidad del trabajo y reconocimiento

Resulta interesante pensar las relaciones entre trabajo de enfermería y cuidados a partir de la perspectiva del *care* que desarrollan Paperman y Laugier (2005) y Molinier (1996, 1999, 2002, 2004, 2005, 2008, 2013). En ésta el trabajo de *care* es concebido como un conjunto de actividades que caracterizan a las relaciones de cuidado del otro. En inglés existen dos términos para calificar al cuidado: uno es *cure* y el otro es *care*. Mientras *cure* designa a la vertiente curativa del cuidado, *care* es aplicable a todas las acciones de cuidados desde el comienzo hasta el fin de la vida. El concepto atraviesa todo el campo social aplicándose tanto al trabajo de crianza y al trabajo doméstico, como al de cuidados especializados de enfermos, niños, gerontes, etc. Es decir, alude al conjunto de las actividades que caracterizan a las relaciones de dependencia. *Care* significa cuidar al otro en el sentido de un *hacer*, es decir, de producir cierto trabajo para el mantenimiento o la preservación de la vida de otro: ayudarlo o asistirlo en sus necesidades primordiales como comer, estar limpio, dormir, sentirse seguro, etc.

Molinier (2005) ha analizado extensamente una característica clave del trabajo de cuidado: su invisibilidad. Para ser eficaz, el trabajo de *care* debe desaparecer en tanto que trabajo. Su éxito depende en gran medida de la supresión de sus rastros. De hecho, el trabajo de *care* se ve cuando falla o sale mal: cuando no hubo tiempo de higienizar al paciente y llegan los familiares, cuando hay errores en la medicación,

cuando ante el agotamiento la voz de la enfermera transmite impaciencia o enojo, etc.

Hacer un trabajo que cuando está bien hecho no debe verse, supone el aprendizaje de un *saber-hacer discreto*, es decir, de disposiciones psicológicas específicas: gentileza, paciencia, control emocional y otras semejantes. Son este tipo de cualidades las que suelen ser percibidas por los beneficiarios como habilidades naturales del “ser” de las enfermeras, produciéndose así un deslizamiento de los saberes específicos adquiridos *en y por* el trabajo hacia la esfera de lo natural-sexuado.

Es interesante señalar que cuando estos saberes discretos son ejercidos por hombres –que aprendieron a trabajar con amabilidad, paciencia, delicadeza, etc.– éstos suelen ser más valorados que las mujeres que hacen lo mismo por el hecho de que no existe expectativa social en relación a que los hombres “sean” así.

Cuando a la invisibilidad intrínseca del trabajo de *care*, se le añade la naturalización de saberes específicos en función de estereotipos de género, la invisibilización se redobla llevando al desconocimiento del *saber-hacer* adquirido *en y por* el trabajo de enfermería. Es en este marco en el que se pueden comprender las expresiones de muchas de las enfermeras entrevistadas: “Nadie reconoce la labor de las enfermeras”, “enfermería está las 24 hs al lado del paciente pero es el último orejón del tarro”, o el comentario que hizo una enfermera ya experimentada a una joven profesional que estudiaba la licenciatura: “para qué estudias tanto si igual vas a terminar con la chata...”. Vivencia muy frecuente entre las enfermeras, estas expresiones aluden a la falta de valoración y reconocimiento de su trabajo.

¿Cómo explicar que la vivencia de falta de reconocimiento esté presente con intensidad en diversas latitudes cuyos regímenes de ejercicio de la profesión y organizaciones de trabajo son muy disímiles?

La conceptualización de la *dinámica del reconocimiento* en el trabajo (Dejours, 1998) alude a la retribución simbólica relativa a la dimensión del *hacer*. Todas las personas que trabajan esperan reconocimiento. Las personas al trabajar involucran su esfuerzo y creatividad, a cambio de lo cual esperan el reconocimiento de la contribución realizada a la organización del trabajo. No se trata de un reconocimiento meramente formal

o salarial, sino de sentir que el esfuerzo y la creatividad invertidos en el trabajo cotidiano tienen sentido⁷⁹. El reconocimiento posee un valor estructurante de la subjetividad y constituye un elemento central para preservar el equilibrio psíquico y somático de quienes trabajan. Cuando la dinámica del reconocimiento falla, el sentido subjetivo del esfuerzo comienza a corroerse, suscitando frustración y humillación. La mencionada invisibilidad propia del trabajo de *care* está en relación con la vivencia de falta de reconocimiento: que el trabajo de cuidado sea poco visible contribuye a que las enfermeras sean sub-valoradas en el registro del *hacer* y sub-valoradas en el registro de *ser* (Molinier, 2005).

En la mayor parte de los relatos, las enfermeras ratifican que ni la institución, ni los colegas las valoran lo suficiente (“Somos el último orejón del tarro”). ¿De qué modo aparece el reconocimiento del trabajo? Son los pacientes quienes reconocen más frecuentemente la labor de enfermería. En los relatos, algunas enfermeras recuerdan emocionadas experiencias en las que los pacientes escribieron notas de agradecimiento por haber sido “escuchados” y “bien atendidos”. El reconocimiento da sentido del esfuerzo realizado y genera gratificación. Sin embargo, el reconocimiento no parece funcionar del mismo modo en el caso de los colegas o del personal jerárquico –las jefas de enfermería–. En relación con los pares, el reconocimiento parece ser retaceado o incluso, negado.

Tal vez uno de los indicadores más claros de esto último sea el “derecho de piso” por el que pasa gran parte del personal que ingresa a trabajar, independientemente de su nivel de formación: la nueva debe ocuparse del “trabajo sucio”, es decir llevar a cabo tareas de higiene y confort de los pacientes más difíciles, sea por su estado clínico, su peso, su carácter o actitud.

Son escasos los relatos en los que los superiores de enfermería aparecen reconociendo el trabajo realizado. Así, por ejemplo, una entrevistada infiere que su trabajo es reconocido porque sus supervisores no

⁷⁹ La dinámica del reconocimiento puede jugar a favor de la realización de sí y de la construcción identitaria, o bien estar obstaculizada y obturar la construcción de sentido. Subrayemos que se trata, en primer lugar, del reconocimiento del hacer, el cual eventualmente podrá luego dar o no lugar a una gratificación identitaria.

aparecen por el servicio: "... a nivel institucional... no existimos... ese es un comentario muy común cuando hablamos entre nosotras... lo que la institución quiere es un número de ficha... no importa si laborás bien, mal, más o menos... En todo caso lo que nosotros tomamos como un halago es que supervisión por ejemplo no viene...".

Otra entrevistada evoca con añoranza una época en la que una supervisora enfermera hacía del reconocimiento un acto público y documentado, plasmándolo en el parte diario.

A nivel institucional, la falta de reconocimiento se expresa en múltiples planos, entre los que se destacan: 1) el escaso reconocimiento por parte de la organización de salud respecto de que enfermería constituye el "sostén" del cuidado de los pacientes; 2) la falta de reconocimiento de la enfermería como profesión, lo que se expresa por ejemplo, en la falta de espacios de formación y de ateneos para enfermería, así como en la diferencia de prestigio profesional respecto de otros profesionales ("cuando el paciente se va le agradecen al médico y no a nosotras").

Finalmente, al exiguo reconocimiento organizacional, se añade la falta de reconocimiento social. Hay al menos dos elementos relacionados con esto último. Por un lado, gran parte de la población usuaria no percibe al trabajo de enfermería como profesión autónoma: el sentido común asocia el trabajo enfermero con una suerte de auxiliar o asistente del médico o incluso con el personal que realiza tareas de aseo y limpieza, como se mencionó anteriormente. A su vez, en el imaginario popular parece prevalecer la imagen del trabajo de enfermería como trabajo "impuro o sucio", un trabajo en el que es preciso lidiar con cuerpos enfermos, secreciones, dolor, muerte.

Los desarrollos de la psicodinámica del trabajo permiten vincular los fallos en la dinámica del reconocimiento con las dificultades en la cooperación. El colectivo de trabajo cumple una importante función vinculada con la validación de la tarea realizada, en la que el juicio de pares y colegas juega un papel decisivo en la dinámica del reconocimiento⁸⁰

⁸⁰ La dinámica del reconocimiento opera mediante la construcción de juicios que se refieren al trabajo realizado (al "hacer" y no a la persona), y son proferidos por actores específicos comprometidos directamente en la gestión colectiva de la organización del trabajo: 1) *Juicio de utilidad*, proferido por superiores jerárquicos y subordinados y pacientes-clientes; 2) *Juicio*

(Dejours 1998). Asimismo, como se verá en lo que sigue, la posibilidad de que el esfuerzo realizado en el trabajo retorne como gratificación narcisista es crucial para el equilibrio psicossomático y la salud mental.

El trabajo y la dinámica placer-sufrimiento

¿En qué condiciones el trabajo de enfermería podría ser gratificante para quienes lo ejercen y en cuáles ser generador de sufrimiento y descompensaciones psicossomáticas?

Como dijimos, el trabajo nunca es neutral respecto de la dinámica placer-sufrimiento, pudiendo funcionar como operador de salud –que permite el despliegue de satisfacciones físicas, psicossomáticas y simbólicas– o bien generar sufrimiento y enfermedad dando lugar a descompensaciones psíquicas y somáticas.

Más que indagar en las patologías mentales que genera el trabajo, esta perspectiva investiga la subjetividad en situaciones de trabajo comunes y corrientes, preguntándose cómo es que los trabajadores y las trabajadoras logran seguir trabajando sin perder el equilibrio psicofísico. De este modo, pone el foco en el sufrimiento y en las defensas psíquicas que ponen en funcionamiento contra el mismo quienes trabajan⁸¹.

La psicodinámica del trabajo mostró que quienes trabajan no se enfrentan pasivamente al sufrimiento que genera el trabajo⁸², sino que

de belleza, proferido por pares, colegas o comunidad de pertenencia. La mayoría de los sujetos desean tener la oportunidad de construir su identidad en el campo social, y esto se lleva a cabo generalmente a través del trabajo (Dejours 1998, 2013; Molinier 2005).

⁸¹ La psicodinámica se diferencia de los enfoques de riesgo psicosocial que, basados en el modelo del estrés, indagan las correlaciones entre factores organizacionales y variaciones biológicas o comportamentales a nivel individual. Estrés y sufrimiento son conceptos que remiten a objetos y corrientes disciplinarias distintas: para esta teoría, las situaciones de trabajo y las vivencias que se les asocian no pueden reducirse a una serie “riesgos” (para la productividad, seguridad o la imagen corporativa) recolectados mediante indicadores discretos. En la medida en que el sujeto es “afectado” por lo que hace, la psicodinámica opera mediante un dispositivo clínico cuyo énfasis está puesto en la capacidad de los trabajadores/as de dar sentido a la situación, defenderse del sufrimiento y conjurar la enfermedad movilizándolo recursos tanto individuales como colectivos (Wlosko 2015: 421).

⁸² La noción de sufrimiento alude a una vivencia subjetiva particular relacionada con situaciones y prácticas de trabajo específicas que, a diferencia de los trastornos psicopatológicos dependientes de la historia singular del sujeto, se vinculan con el trabajo y las restricciones

ponen en práctica estrategias defensivas individuales y colectivas. Las conductas defensivas pueden funcionar como *estrategias colectivas de defensa*, es decir, como un conjunto de conductas, representaciones y reglas compartidas en un colectivo de trabajo. El objetivo central de estas estrategias colectivas de defensa es luchar contra el sufrimiento generado por situaciones concretas y reales del trabajo, protegiendo a los sujetos de la angustia mediante el ocultamiento, la paralización o la anestesia de la percepción de lo que genera angustia (Dejours 1990, 1998).

En sus inicios, la psicodinámica del trabajo identificó estrategias colectivas de defensa en los obreros de la construcción, oficio peligroso cuyos trabajadores están expuestos a riesgos objetivos. Dado que el miedo es incompatible con la continuidad del trabajo, a fin de conjurarlo los trabajadores ponen en práctica ciertas conductas que valorizan la fuerza y el coraje viril. Este tipo de estrategias colectivas de defensa contra el sufrimiento en el trabajo pueden encontrarse en todas las situaciones de trabajo peligrosas para la integridad física y en las que predominan los trabajadores masculinos y han sido denominadas defensas viriles porque se asientan en la negación de la vulnerabilidad en el sentido de que un hombre “verdadero” no tiene miedo, no tiene “crisis psicológicas” (Dejours 2000, 2002). A su vez, la psicodinámica del trabajo ha encontrado que en los colectivos de trabajo en los que predominan mujeres –enfermería entre ellos–, se ponen en práctica modalidades defensivas diferentes a las del modelo viril⁸³, en las que la relación con el saber, el dominio, el fracaso y la falla son elaboradas de otra manera.

¿Qué ocurre con la dinámica placer-sufrimiento en el trabajo enfermero? ¿Qué estrategias defensivas se ponen en juego?

organizacionales específicas que éste impone. Vivencia indisociable de la corporeidad, el sufrimiento es en primer lugar sufrimiento del cuerpo y constituye una vivencia necesariamente singular y única (Wlosko 2015: 420).

⁸³ La noción de virilidad no se refiere a la “naturaleza” de los hombres, sino que alude a una construcción social de la división social y sexual del trabajo en la cual se producen modalidades de subjetivación específicas. Designa, por tanto, al conjunto de atributos sociales asociados a lo masculino: las hazañas, el coraje, el rendimiento, la fuerza, el poder, etc. Se trata de una construcción social que debe distinguirse radicalmente de la masculinidad. Las nociones de *virilidad* y *mujeridad* no aluden a la “naturaleza” de las mujeres o de los hombres sino a lo arbitrario de la división social y sexual del trabajo (Molinier 2004, 2005).

Recordemos la idea ya mencionada de que en el núcleo mismo del trabajo enfermero está la experiencia de tener que trabajar con la vulnerabilidad y el sufrimiento de otro. La confrontación con la enfermedad y el dolor constituyen una fuente de sufrimiento específico que supone que, en el transcurso de la socialización profesional, las enfermeras desarrollen una disposición psicológica específica a la que Molinier denomina *identificación compasiva* (2004, 2005). Esta noción, lejos de tener una connotación religiosa, hace referencia a la etimología del término compasión: “sufrir con” (Molinier, 2008). Un ejemplo de este mecanismo defensivo ilustrado por Carpentier Roy (1991), consiste en que las enfermeras se niegan a usar guantes y mascarilla con pacientes con HIV en estado terminal, es decir, en el estadio de la enfermedad donde el riesgo de contagio es mayor, argumentando que no se le puede negar a alguien que va a morir un último contacto humano. Este caso da cuenta de la puesta en marcha de un proceso en el que la angustia engendrada por el sufrimiento del otro, desencadena un trabajo psíquico de identificación, indispensable para llevar a cabo el trabajo de enfermería. En efecto, el trabajo de cuidado requiere sentir el sufrimiento del otro en la propia subjetividad de quien trabaja. En nuestras investigaciones hemos escuchado numerosas situaciones análogas. Un enfermero que se desempeña en una institución psiquiátrica pública en la que sólo se dispone de tres enfermeros para 90 pacientes por turno, relata las situaciones que se originan por la prohibición del uso del teléfono público de la sala. Los pacientes reclaman llamar a sus familiares, alcanzando frecuentemente estados de violencia y agresión. Una salida práctica –ingeniosa y compasiva a la vez– que encontró este enfermero que considera “inhumano” impedirles que se comuniquen, consiste en prestarles a escondidas su teléfono móvil a los pacientes para que realicen una llamada corta a sus familiares, evitando de ese modo que entren en crisis. Como puede apreciarse, empatizar con el sufrimiento del otro permite a este enfermero inventar un modo de desactivar descompensaciones y ataques agresivos –lo que forma parte del trabajo real de cuidado–, que se lleva a cabo transgrediendo las normas prescriptas de la organización hospitalaria.

Este y otros ejemplos dan cuenta de que para el trabajo de cuidado se requiere la puesta en juego de la propia sensibilidad frente a lo que le ocurre a otro. En efecto, aunque el trabajo de enfermería no pueda reducirse a la dimensión emocional, es imposible trabajar con la vulnerabilidad de los otros sin tener en cuenta la propia: lo emocional-afectivo juega un papel central. Cuidar a otro implica por tanto realizar el trabajo sin disociar las acciones técnico-materiales-asear, poner una sonda, dar medicación-, del trabajo psicológico que las mismas implican: preguntar el nombre al paciente, hablar con suavidad, explicar lo que se realizará, etc. En este sentido es que puede deslizarse a disposiciones o habilidades tradicionalmente atribuidas a las mujeres: empatía, comprensión, escucha, que lejos de ser virtudes “naturales” o disposiciones independientes al ámbito laboral, son habilidades adquiridas en el ámbito concreto de trabajo. La identificación compasiva permite la confrontación con el sufrimiento del otro y da sentido a la tarea (Molinier 2004, 2005).

¿Qué pasaría si las enfermeras adoptaran una estrategia defensiva viril negando la propia vulnerabilidad y desvalorizando la de sus pacientes? No podrían realizar su trabajo, o lo harían mal.

En efecto, la negación de la propia vulnerabilidad retorna como insensibilidad hacia el sufrimiento del otro, haciendo fracasar la eficacia y el sentido mismo del trabajo enfermero. Cuando esto ocurre, surge la indiferencia o la “robotización” ante el sufrimiento del otro. Automatización del cuidado profesional y cosificación del paciente son dos caras de la misma moneda que poseen un costo tanto para el paciente como para el profesional (vivencias de indiferencia, de rechazo e incluso el odio por tener que ocuparse de ese otro dependiente; todo lo cual genera sentimientos de culpa y/o de angustia penosos)⁸⁴.

Se debe considerar asimismo que la insensibilización y la robotización generan, a su vez, consecuencias específicas en los equipos

⁸⁴ Algunas de las defensas específicas de esta población laboral han sido descritas por Molinier (2005). Es el caso del *kaporalismo* o ideología defensiva del “orden de mérito”, que consiste en realizar una clasificación de los pacientes priorizando a los que “merecen” ser tratados como personas –aquellos que cooperan y manifiestan gratitud–, y los pacientes de segunda a los que se trata como cosas, porque enlentecen y dificultan el trabajo sin manifestar gratitud, entre ellos dementes seniles, toxicómanos, alcohólicos, etc.

de trabajo. En efecto, cuando en los colectivos de trabajo no existe la posibilidad de tramitar el sufrimiento generado en y por la tarea, una manera de seguir trabajando a pesar de todo consiste en eliminar la percepción del sufrimiento. Ahora bien, la eliminación de la percepción requiere de un trabajo necesariamente colectivo que dé efectividad al funcionamiento de la defensa garantizando que ningún colega venga a reactivar un sufrimiento que tanto costó vencer.

De este modo, la robotización no sólo constituye una estrategia defensiva individual frente al sufrimiento y la sobrecarga del trabajo, sino puede asimismo funcionar como una estrategia colectiva, sostenida y profundizada por el conjunto, que además es transmitida a quienes ingresan a trabajar.

Por tanto, cuando no existe espacio para la elaboración del sufrimiento, surgen conductas de evitamiento y robotización o violencia. Cuando éste tipo de conductas son puestas en práctica por mujeres, además de producir servicios de mala calidad, retornan con un plus de negatividad a quienes las realizan. En efecto, a diferencia de las defensas viriles que se capitalizan narcisísticamente –hacerse el “macho” confiere seguridad, prestigio, esperanza de éxito con las mujeres y reconocimiento por parte de los otros hombres–, las enfermeras que se defienden mediante este tipo de estrategias son doblemente estigmatizadas: son juzgadas como malas profesionales y también como mujeres malvadas en la medida en que la indiferencia respecto del otro y la violencia son opuestas a la construcción social de la feminidad (Moliner, 2005).

Otra forma de expresión del sufrimiento en el personal de enfermería es el *sufrimiento ético* (Dejours 2004, 2006), que emerge ante situaciones de trabajo en las que hay que colaborar con conductas que se reprueban moral o éticamente. Diferente de la experiencia del miedo, el sufrimiento ético se vincula específicamente con el conflicto moral por el cual el sujeto es tomado en su trabajo. Como se señaló, lo aprendido por las enfermeras/os en su formación terciaria o universitaria se opone a la cultura laboral que rige en la práctica de los servicios asistenciales, situación que por supuesto es inseparable de las condiciones de sobrecarga y falta de personal antes mencionadas, y que inducen muchos casos a “hacer mal” el trabajo, violentando a los

sujetos en sus principios profesionales y éticos. En palabras de una de las entrevistadas: “Para mis compañeros conocer al paciente, hablarles, calmarlos, saber qué les pasa para ver cómo tratarlos es ‘una pérdida de tiempo total’ y les molesta. Te dicen: o agilizás los tiempos o acá no vas a andar”.

Algunos naturalizan la situación (“no se puede hacer otra cosa”, “yo no voy a cambiar el sistema”), pero para otros esta suerte de imposición de condiciones resulta insoportable. Para poder hacer el trabajo de cuidado, una enfermera tiene que poder “sentir”, tiene que poder estar atenta a las dificultades de los pacientes. Si no dispone de tiempo o debe atender a veinte pacientes a la vez, no puede realizar bien su trabajo. Como relatan varias de las enfermeras entrevistadas, las directivas recibidas respecto al modo de atender a los pacientes –muy a contramano de la enseñanza relativa al cuidado humanizado– es estrictamente instrumental y apunta a la eficiencia en desmedro de la afectividad.

Colectivo de trabajo: entre la elaboración del sufrimiento y las derivas hacia la conflictividad y la violencia

Para lidiar con el sufrimiento que se suscita al trabajar con la vulnerabilidad de otro, es preciso tener un ámbito en el que sea posible su elaboración. Este ámbito es el del *colectivo de trabajo*⁸⁵ que cuando logra constituirse, y funciona como tal, cumple un rol fundamental en la elaboración del sufrimiento. Conversaciones en espacios informales –charlar mientras se toma un cafecito en el office etc.– permiten la puesta en palabra y circulación de informaciones, sentimientos, dudas, inquietudes, sentimientos de atracción o aversión, debates acerca de lo que se debe o no se debe hacer, etc. Son espacios necesarios para la

⁸⁵ La noción de “colectivo de trabajo” se refiere a relaciones de confianza, interdependencia y obligación mutua que van más allá de la coordinación de puestos y tareas prescripta por la organización formal de trabajo. El colectivo posee una función primordial en la elaboración de consensos, normas y valores que permiten encuadrar las maneras de realizar el trabajo y diferenciar lo eficaz y de lo ineficaz, lo justo de lo injusto, es decir, desplegar una *actividad deóntica* (Dejours 2013) creadora de reglas a un tiempo técnicas y éticas, que regulan y organizan la vida en común en el trabajo. Cuando la actividad deóntica no es posible, comienzan a estar al acecho las derivas de la violencia laboral.

cohesión del equipo, la calidad del trabajo, la elaboración de reglas del oficio, y la salud mental de los trabajadores.

Es en el seno del colectivo de trabajo donde tiene lugar la creación de un conjunto de recursos simbólicos para alejarse del dolor y el sufrimiento *sin eliminarlos*.

Si se parte de la idea de que el trabajo de cuidado no puede reposar únicamente en la dedicación, la buena voluntad o las cualidades de las personas, sino que para desplegarse necesita de condiciones organizacionales concretas, es básico indagar en qué momentos y espacios puede un equipo deliberar en torno a su trabajo. Sobre todo cuando dichos momentos suelen ser considerados “improductivos” no solo por los gerentes y superiores, sino también por la población usuaria de los servicios de salud.

Entre el personal de enfermería a veces se ponen en práctica estrategias colectivas que permiten seguir trabajando sin enloquecer: las conversaciones que mantienen las enfermeras en espacios informales, tomando mate en el office, en las que se despliegan narraciones autoirónicas y chistosas, muchas veces subidas de tono, permiten poner en juego el miedo, el sufrimiento y la vulnerabilidad⁸⁶. Esta puesta en relato no sólo construye un universo de referencias y reglas comunes, sino que posibilita cierta toma de distancia que torna formulables las experiencias vividas en el seno del colectivo de pares. Es decir, permiten “circunscribir la irrupción de lo real” y elaborar sus efectos sobre el psiquismo (Molinier 1999, Wlosko 2010)⁸⁷.

No obstante, no todos los grupos se constituyen como colectivos. Cuando no existe posibilidad de tal construcción –por ejemplo, cuando la sobrecarga de trabajo requiere apurarse, cuando los dispositivos de

⁸⁶ Las estrategias colectivas de defensa en los colectivos feminizados, y en particular en las profesiones de cuidado, apelan en ocasiones a técnicas narrativas centradas en historias concretas y en la ridiculización de sí. Es una técnica de desdramatización que permite compartir con colegas el sufrimiento generado por la atención dada al sufrimiento del otro. Estos relatos son desestabilizantes para las estrategias colectivas viriles y juzgados como demasiado emotivos para ser realmente serios, descalificados fuera del propio círculo (Molinier 2010: 104; 2005).

⁸⁷ Según Molinier (1999), en los colectivos femeninos hay más autorización para la puesta en palabra de la experiencia sensible en sus dimensiones más ambiguas: hablar del miedo que genera la violencia sufrida, pero también el vértigo devastador de sentir que la violencia se apodera de uno. Esto es expresado a través de relatos que constituyen una puesta en intriga del traumatismo, del sufrimiento y de la violencia.

evaluación de personal enfrentan a los trabajadores entre sí, o cuando lo estipulado por la ley del ejercicio profesional en lo relativo a titulaciones (enfermeros profesionales y licenciados en enfermería) y jefaturas o cargos no se cumple en los servicios hospitalarios generando así enfrentamientos y vivencias de injusticia y arbitrariedad- se limita o extingue la posibilidad de puesta en palabra, narración y deliberación en torno de los modos de trabajar, lo cual constituye el caldo de cultivo de dinámicas violentas hacia pacientes, otros profesionales y entre las propias enfermeras/os.

A partir de nuestras investigaciones hemos avanzado la hipótesis de que en algunos equipos de enfermería se estructuran *ideologías defensivas del oficio*⁸⁸ de las que la violencia forma parte constitutiva. Un ejemplo extremo pero ilustrativo, es el siguiente: R. que es nueva en el servicio de terapia intensiva, comenta que notó que en dicho servicio hay una “costumbre”: la de medicar a los pacientes que se despiertan, ya que empiezan a “molestar”. “Es más fácil atender un paciente dormido porque alguien despierto requiere que te acerques, que le expliques, y esto les molesta a muchos. [...] Apenas alguno se despierta, empiezan a decir ‘ya está jodiendo. No tiene que estar acá, que lo lleven a intermedia o al piso’ [...]”. Es decir, una regla informal que probablemente permita controlar la sobrecarga e intensidad del trabajo, consiste en mantener a los pacientes sedados al margen de las indicaciones médicas, o sedarlos de más. Todos saben que esto “se hace”, pero nadie habla de ello ni realiza una denuncia cuando los pacientes se agravan por este motivo. Se trata de conductas que se llevan a cabo con la aceptación silenciosa de los jefes. Si alguien decide denunciar la situación es perseguido y acosado. Pacto tácito que requiere de la complicidad de todos y de cada uno, supone una serie de lealtades entre colegas.

⁸⁸ Las *ideologías defensivas* se diferencian de las *estrategias colectivas de defensa* en que las primeras surgen como una estrategia final y hasta desesperada para salvar al colectivo, cuando se encuentra ya fragilizado; se trata de la derrota del pensamiento bajo los efectos del miedo, construidas sobre la desestructuración de los lazos de cooperación preexistentes (Dejours 2013 TII: 54-55).

¿Cómo explicar estas dinámicas violentas? Para ello fue necesario analizar las modalidades de *cooperación* de los colectivos de trabajo enfermero. En lo que a esto se refiere, es frecuente escuchar un malestar en los vínculos que suele expresarse a través de la competencia, la rivalidad, el recelo, las habladurías, la descalificación del otro y el boicot. Enfermería parece funcionar como un agregado atomizado, marcado por una intensa competencia interindividual. En sus palabras: “enfermería es chismosa”, las enfermeras “son envidiosas”, “las enfermeras son conventilleras”, “para una enfermera no hay nada peor que otra enfermera”, etc. El clima de recelo y desconfianza que transmiten constituye un indicador significativo del empobrecimiento de los mecanismos de comunicación y cooperación entre trabajadores (Ros, 2009).

En el seno de los grupos de trabajo hay reglas informales y tácitas, que suponen pactos de silencio al interior del colectivo de trabajo. Quien se opone activa o pasivamente a estas ideologías colectivas es excluido o castigado. Lo que hemos descrito como *estrategias colectivas de alianza por exclusión* (Wlosko y Ros, 2008) consiste en excluir al que no se amolda a las reglas informales del colectivo –por ejemplo callar ante prácticas que transgreden las normas o poco éticas–, en generar subgrupos a los que se les niega la información o el acceso a insumos –por ejemplo dejar bajo llave los medicamentos los fines de semana–, o negarse a enseñar “como se hacen las cosas” a los nuevos. Se constituyen así una serie de agrupamientos que se enfrentan entre sí –“los nuevos” vs. “los viejos”, “los de planta” vs. “los becarios”, “los franqueros” vs. “los “de la semana”, etc.– que se constituyen identitariamente por referencia a otro: un enemigo imaginario al que es preciso enfrentar. Ese otro es por lo general un colega o grupo de colegas, situación que termina desplazando la conflictividad hacia los propios pares en vez de enfocarla hacia la organización de trabajo.

Es preciso señalar que las ideologías defensivas del oficio emergen en situaciones de extremo sufrimiento en las que ya no hay espacio de discusión que permita reconstruir la relación con la organización del trabajo, y en las que la renuncia de los sujetos a toda acción de mejora se traduce en la aparición de prácticas que intentan mantener la cohesión entre los agentes por referencia a un enemigo común (Dejours 2009, Molinier 2010).

Diversos relatos del personal de enfermería nos han llevado a pensar que existe un modo específico de estructuración de los vínculos al interior de equipos de trabajo que se organiza con base en camarillas gobernadas por “madrinas” a las que, a cambio de “protección” en relación al trabajo, se les deben favores de lealtad y apoyo ante diversas situaciones, entre estas, callar ante injusticias (“X me hizo entrar a trabajar y entonces no le puedo decir nada”). Se trata de un sistema de lealtades informales, que en muchos casos posee vínculos con los sindicatos o con estamentos directivos de la organización de salud, en función de las que se reparten o niegan licencias, francos, horas extra, vacaciones, etc. (Wlosko y Ros 2008, 2010).

Este sistema –una suerte de protectorado matriarcal– cubre y resguarda a sus protegidas ante cierto tipo de negligencias en el trabajo, otorgándoles beneficios (que muchas veces quitan a otras) a cambio de lealtad. Un sistema de “amiguismo”, como lo denominan varias, que implica proteger a quienes cometen malas prácticas, dejando pasar las situaciones sin sancionarlas, “cajoneando” u ocultando notas con quejas y reclamos contra las protegidas.

Esto se acompaña además de un sistema de castigos o sanciones para quienes no aceptan ser parte de esas camarillas. Estos consisten frecuentemente en el cambio (permanente o transitorio) de sala o servicio de modo inconsulto y compulsivo, la denegación de francos, licencias y otros beneficios laborales, la inducción a realizar notas de maltrato contra quienes no “respetan” los pactos de silencio del colectivo, el acoso laboral sistemático bajo diversas modalidades como el ninguneo vinculado a las tareas o la exigencia del cumplimiento de tareas imposibles de ser realizadas, entre otros.

Una segunda modalidad específica de estructuración de los vínculos que aparece con frecuencia en los relatos, se vincula con el “control de la distribución del saber” (Wlosko y Ros 2008, 2010) que se expresa a través del boicot hacia quienes pretenden formarse o estudiar, así como en las reservas o negativas a transmitir cuestiones vinculadas al oficio a los recién incorporados al trabajo. Esto es sostenido tanto por supervisores como por pares y se manifiesta por ejemplo boicoteando el derecho a ausentarse por examen a quien estudia, o pidiéndole que

cubra un turno extra cuando se sabe que debe ir a clase, etc. Gran parte de los entrevistados vinculan estas actitudes al “miedo a que les saquen el trabajo” y a la “envidia”. No obstante, el recelo que parece regir la distribución del saber podría explicarse como un mecanismo que permite asegurar la estabilidad del puesto de trabajo, en un contexto en el que muchos trabajadores aún no poseen la titulación indicada por la ley para ocupar sus cargos. Por último, entre las modalidades vinculares frecuentemente enunciadas está el funcionamiento de rituales de iniciación muchas veces crueles en relación a los “nuevos”: ponerlos en ridículo o humillarlos frente a pacientes mediante la puesta a prueba de su saber-hacer o enviarlos a realizar tareas que no tienen relación con la profesión y que suponen un trato degradante. Todas esas prácticas suelen ser denunciadas primero y naturalizadas luego, como parte de la socialización profesional.

Para finalizar, quisiéramos retomar sintéticamente algunos de los puntos desarrollados. En primer lugar, no parece adecuado hablar de trabajo de cuidados sin analizar las condiciones de trabajo y el impacto que la organización de trabajo genera en la posibilidad de llevarlo a cabo. Es preciso analizar el trabajo real que está en juego en cada caso.

En segundo lugar, es preciso considerar que el trabajo de cuidados y su calidad está en estrecha relación con la existencia de colectivos de trabajo, esto es, con la existencia de espacios de deliberación en los que se pueda desarrollar la confianza y la cooperación necesarias para que éstos existan.

En tercer lugar, el trabajo de cuidados posee características específicas tales como la prestación personalizada, la necesaria adecuación a ritmos y tiempos no siempre planificables, la disponibilidad para la incertidumbre/creatividad que requiere y la necesaria invisibilidad intrínseca que conlleva, que entran en tensión con las lógicas de gestión y evaluación del trabajo de cuidados. Frecuentemente la protocolización de la atención y la evaluación cuantitativa de las prestaciones redoblan la invisibilidad del trabajo realizado y de quienes lo llevaron a cabo.

Por último, es preciso reconocer que el cuidado de quienes realizan el trabajo de cuidados suele ser un elemento frecuentemente descuidado, lo que debiera interrogar tanto a las instituciones de salud como a

las organizaciones responsables de la defensa de los derechos laborales de quienes trabajan.

Referencias

Carpentier, M.C. (1991): *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*. Montréal: Liber.

Colliere M.F. (1999): "Encontrando el sentido original de los cuidados enfermeros", *Revista Rol Enfermero* 1999; 22(1), 27-31

Dejours, C. (1990): *Trabajo y desgaste mental*. Buenos Aires: Hvmnitas.
- (1998): "De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo", en Dessors, D. y GuihoBailly, M., *Organización del Trabajo y Salud*, Buenos Aires: Lumen.
- (2000): "Différence anatomique et reconnaissance du réel dans le travail", *Les Cahiers du genre*, 29, 101-126.

- (2002): "Les rapports domestiques: entre amour et domination", *Travailler* 8.
- (2004): "Travail, modernité et psychanalyse", *Revue Res Publica*, 38.
- (2006): *La banalización de la injusticia social*. Buenos Aires: Topía.
- (2007): *Conjurer la violence. Travail, Violence et Sante*. Paris: Payot.
- (2013): *Trabajo Vivo*. Buenos Aires: Topía.

Hirata, H. (2000): "Relaciones sociales de sexo y división del trabajo Contribución a la discusión sobre el concepto trabajo", *Herramienta* 14.

Hirata, H. y Kergoat, D. (2005): "Les paradigmes sociologiques à l'épreuve des catégories de sexe", *Papeles del CEIC* 17, julio 2005.

Kergoat, D. (2003): "De la relación social de sexo al sujeto sexuado", *Revista Mexicana de Sociología*, 5, n° 4, oct.-dic.

Marriner Tomey, A. (1994): *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid: Mosby-Doyma.

Molinier, P. (1996): "Autonomie morale subjective et construction de l'identité sexuelle: l'apport de la psychodynamique du travail", *Revue Internationale de Psychosociologie*. 5, 53-62.

- (1999): "Prévenir la violence: l'invisibilité du travail des femmes", *Travailler*, 3, 73-86.

- (2002): "Le continent noir de la féminité : travail et/ou sexualité ?", *Cliniques Méditerranéennes*, n° 66, 105-123, 2002.

- (2004): "Psicodinâmica do trabalho e relaçoessociais de sexo. Um itinerário interdisciplinar. 1988-2002", *Revista Produção*, v. 14, n. 3, 006-013, Set./Dez.

- (2005): "Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets", en: *Le souci des autres*, Paris: EHESS (pp. 299 - 316).

- (2008): "Trabajo y compasión en el mundo hospitalario. Una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo", *Cuadernos de Relaciones Laborales* 2008, 26, n° 2 21-38.

- (2010): "Sufrimiento, defensas, reconocimiento. El punto de vista del trabajo", *NouvelleRevue de Psychosociologie*, 2010/2 n° 10 (pp. 99-110).

- (2011): "Antes que todo, el cuidado es un trabajo", en *El trabajo y la ética del cuidado*, Arango Gaviria, L. y Molinier, P. (comps.), Medellín: La Carreta (pp. 45-64).

- (2013): *Le travail du Care*. Paris: La Dispute.

Molinier, P. y Flottes A. (2012): "Les approches en cliniques du travail en France", *Travail et Emploi* 129, 51-66.

Paperman, P. (2011): "La perspectiva del care: de la ética a lo político", en *El trabajo y la ética del cuidado*, Arango Gaviria, L. y Molinier, P. (comps.), Medellín: La Carreta, (pp. 25-44).

Paperman, P. y Laugier, S. (2005): *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris: Éditions de l'École de hautes Études en Sciences Sociales.

Ros, C. (2009): "Violencia y conflictividad en los colectivos laborales", en Wittke, T y Melogno, P. (comps) *Producción de subjetividad en la organización de trabajo*, Montevideo: Psicolibros (pp. 368-377).

Wainerman, C. y Binstock, G. (1993): "Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería", *Cuadernos del Cenep*, n 48.

- (2008): "Violencia laboral y organización del trabajo: reflexiones en torno al caso del personal de enfermería", en *V Jornadas Universitarias y II Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo* UBA. 25, 26 y 27 septiembre 2008.

- (2009): "La construcción de la violencia y el acoso laboral: artefactos conceptuales y dispositivos ideológicos", en Wittke, T. y Melogno, P. (comps), *Producción de la Subjetividad en la organización del Trabajo*, Montevideo: Psicolibros, (pp. 337-352).

- (2010): "Las cosas del cuidar: relaciones de género, trabajo y enfermería", en Franco, S. Y Vásquez Echeverría, A. (eds.), *Trabajo y gobierno de las organizaciones: Campo de producción y contradicciones*, Montevideo: Udelar y Psicolibros (pp. 241 a 256).

- (2013): "Violencia laboral y organización del trabajo: Reflexiones en torno al caso del personal de enfermería", en Garaño, P, Zelaschi, C. y Amable, M. (comps.), *Trabajo y Salud Mental. El trabajo, las instituciones y la subjetividad*, Córdoba, Argentina: Editorial Universidad Nacional de Río Cuarto, 2013. (pp. 129 a 155).

- (2015): "Clínica de los procesos subjetivos en relación al trabajo: el abordaje de la Psicodinámica del Trabajo", *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XXVI, 417-426.

Wlosko. M. y Ros. C. (2008): "Violencia Laboral y organización del trabajo en personal de enfermería" (en varios autores), *Crítica de la Cultura Organizacional. Claves para cambiar la Organización del Trabajo*, Montevideo: Área de Psicología

del Trabajo y sus organizaciones, Facultad de Psicología; Udelar y Psicolibros (pp. 490 a 511).

- (2010): “La organización de trabajo como generadora de violencia laboral en la enfermería”, en Mendes, A.M. (comp.), *Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica*, São Paulo: Mackenzie (pp. 173 a 198).

- (2012): “Violencia Laboral en el sector salud: Abordajes conceptuales y resultados de investigación en personal de enfermería en la Argentina”, en *Personas Cuidando Personas: Ser Humano y Trabajo en salud*. Representación OPS/OMS Chile/Facultad De Psicología Universidad Diego Portales, Chile. (pp. 211-230).

- (2013): “Prevalencia de Violencia Laboral en trabajadores de cuatro poblaciones del sector servicios”, en Memorias del 11 Congreso Nacional de Estudios del Trabajo ASET: *El mundo del trabajo en discusión. Avances y temas pendientes*. Facultad de Ciencias Económicas, UBA, Buenos Aires.

- (2015): “El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y de la perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier”, *Salud Colectiva*, 11 (3): 445-454.

Wlosko, M., Ros, C.; Macías, G.; Muskats, S. (2013): “Violencia laboral en trabajadores del sector servicios de la Ciudad de Buenos Aires” en Acta Científica del XXIX, Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, ALAS, SocioRed y FACSO: *Crisis y emergencias sociales en América Latina*. Universidad ARCIS, U. Andrés Bello, U. de Chile, Santiago de Chile.

El trabajo y la investigación ante el desafío del cuidado

El cuidado puesto a prueba por el trabajo

Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discreto

Pascale Molinier

El cuidado puesto a prueba por el trabajo

El cuidado no es simplemente una disposición o una ética: se trata ante todo de un trabajo.

Un trabajo que puede hacerse o no, que puede ser o no objeto de una elección de civilización. Formalizar este tipo de trabajo, describirlo y teorizarlo, me parece una condición indispensable para una “ética del cuidado” que logre plenamente su objetivo. Esto es, que pueda contribuir a que las personas –en su gran mayoría mujeres, pobres, inmigrantes, o las tres cosas a la vez (Nakano Glenn, 1992; Hochschild, 2004; Dorlin, 2004)– que realizan el trabajo de cuidado en las sociedades occidentales sean reconocidas sin poner en riesgo o perjudicar a quienes se benefician con su trabajo. Es decir, todos y cada uno de nosotros.

No es posible en este artículo avanzar en tal formalización del trabajo de cuidado. Su propósito se circunscribe a las preocupaciones de la psicodinámica del trabajo, cuyo objeto no es el trabajo en sentido objetivo, sociológico o ergonómico del término, sino los procesos que subyacen al “trabajar”; esto es: *transformar el mundo, objetivar la inteligencia, y hacer advenir al sujeto*. En efecto, el sujeto, no sólo transforma el mundo produciendo bienes y servicios, sino que *trabajando se transforma a sí-mismo*. “Trabajar” designa así un proceso de subjetivación crucial, es

decir, de creación de subjetividad (Dejours, 1998a). La relación con el mundo que se desarrolla a través del ejercicio del trabajo de cuidado comporta especificidades que pueden ponerse en evidencia, aunque en este escrito solo serán debatidas algunas de sus facetas más ocultas.

Como es obvio, las implicancias psíquicas del trabajo no pueden desligarse de las condiciones materiales en las que se lleva a cabo su ejercicio. Por ello, este artículo refiere y se limita a mis investigaciones con enfermeras y auxiliares de enfermería⁸⁹. Estas dos profesiones, ambas muy feminizadas, poseen diferencias jerárquicas entre sí y por tanto no pueden equipararse⁹⁰. Por cierto, tanto sus modos de confrontación como sus modalidades de cooperación, ameritan una contextualización más amplia. Aquí, me limitaré a subrayar que en términos de división del trabajo, las enfermeras delegan en las auxiliares la parte considerada como la más ingrata del trabajo de cuidado, es decir, la de los cuidados corporales de higiene y confort. Esta parte del trabajo de cuidado integra la categoría de *dirty work* (literalmente “trabajo sucio”) tal como fuera conceptualizada en los años 50 por el sociólogo estadounidense C. H. Hugues. El “trabajo sucio” designa aquellas tareas que son percibidas como físicamente asquerosas y que simbolizan algo degradante y humillante o bien, que chocan con dimensiones tabúes de la experiencia humana: lo impuro, lo repugnante, el desvío (Lhuillier, 2005). A lo anterior agregaría, además, la sexualidad.

Los oficios involucrados son los de quienes recolectan desechos y basura, los trabajos de limpieza, los que implican una relación con el cuerpo y sus deyecciones, o el trabajo con cadáveres; trabajos que

⁸⁹ En Francia, se distinguen las enfermeras de las *aides-soignantes* o auxiliares de enfermería. Las primeras cumplen, en relación directa con el cuerpo médico, una función de aplicación de las prescripciones médicas. Las auxiliares asisten a las enfermeras, cumpliendo con las necesidades de cuidado cotidiano de los pacientes (alimentación, higiene, cuidados corporales, etc.). Las enfermeras tienden a delegar en las auxiliares las tareas menos “prestigiosas”, esto es, las que implican los cuidados de higiene y corporales, así como el aspecto más relacional del cuidado (NDT).

⁹⁰ La elevada tasa de feminización justifica que se emplee el femenino genérico “las enfermeras” o “las auxiliares de enfermería”. En 2004, las mujeres constituían el 87% de la fuerza de trabajo de enfermería en Francia, mientras este guarismo alcanzaba el 13% para los enfermeros varones (aunque en el área de psiquiatría éstos representan el 47%, el 27% en anestesia, y solamente 1% en puericultura). Las auxiliares de enfermería y los agentes de servicio hospitalario tienen el 91% y el 81% de mujeres respectivamente, ocupando 740.000 empleos (Sabine Bessièrre, 2005).

suponen actuar con cierto grado de “maltrato” o incluso de violencia institucionalizada.

En el imaginario social, la proximidad con lo que usualmente es mantenido a distancia es percibido como susceptible de “contaminar” a quienes realizan estas tareas sin duda necesarias. Por extensión, los trabajadores/as aparecen como mancillados, impuros, transgresores y hasta malvados. Tal como lo subraya Dominique Lhuillier, la noción de “trabajo sucio” constituye una noción heurística que permite “abordar [...] el tema de la división del trabajo, no sólo como división técnica y social, sino también moral y psicológica” (*ibid.*).

A su vez, el sentido que otorgan a estos trabajos quienes lo realizan suele ser precario. El daño narcisista es innegable. Así, las auxiliares de enfermería con las que realicé una intervención se definían a sí mismas con amargura como “limpia chatas”. Que una parte importante del trabajo de cuidado sea estigmatizado en términos de “trabajo sucio” no sólo por los que lo miran desde fuera, sino por quienes lo realizan, no es algo menor para el asunto que tenemos entre manos.

Tensiones conceptuales

El trabajo de cuidado puede ser definido como un conjunto de actividades que responden, retomando a Patricia Paperman (2005: 288), “a las exigencias que caracterizan las relaciones de dependencia”. Cuidar a otro no es sólo pensar en el otro, preocuparse por él de manera intelectual o inclusive afectiva, ni siquiera es necesariamente quererlo. Es *hacer* algo, es producir un trabajo que contribuye directamente a la preservación de la vida del otro. Es ayudarlo o asistirlo en sus necesidades primordiales como comer, estar limpio, descansar, dormir, sentirse seguro y poder dedicarse a sus propios intereses. Con la expresión “dedicarse a sus propios intereses”, me refiero específicamente a actividades productoras de sentido, aquellas que atañen a la sublimación en el sentido freudiano del término. No responden a necesidades físicas primordiales sino a necesidades psicológicas en términos de realización de sí. Poder dedicarse a los propios intereses requiere disponibilidad,

supone también poder desvincularse de las obligaciones temporales ligadas al cuerpo, como por ejemplo pensar en prepararse algo de comer. La producción de la autonomía y de la identidad del otro es central en las teorías contemporáneas del trabajo doméstico que subrayan la dimensión del trabajo psicológico y emocional (Adkins & Lury, 1998). O sea, la parte noble del trabajo de cuidado.

En inglés, existen dos términos para nombrar al cuidado: *cure* y *care*. El primero designa el componente curativo del cuidado, y se refiere a la enfermedad, mientras que el término *care* nombra a un cuidado que excede a la enfermedad y concierne a todos y a cada uno de nosotros, desde el principio hasta el fin de la vida. No hay vida posible sin *care*. En la perspectiva de una ética del cuidado (*care*), la vulnerabilidad y la interdependencia se encuentran en el centro de la definición del ser humano. Es decir, hay un solo modelo de ser humano que incluye tanto a quien provee los cuidados (*caregiver*) como al que se beneficia de su trabajo, ya sea que quien provee los cuidados sea definido como “adulto competente” o no (Paperman, 2004). En este sentido, la “competencia” designa cierto grado de autonomía, siempre provisoria y parcial, que no significa que el adulto competente no sea vulnerable –idea absurda–, o que esté fuera del régimen de dependencia que caracteriza a todo sujeto humano tanto como la autonomía.

Algunos autores insisten en distinguir el trabajo que se realiza con personas forzosamente dependientes, enfermas, inválidas o demasiado jóvenes (*dependency care*) del trabajo que se lleva a cabo con personas que gozan de buena salud, las que serían capaces de manejar su “auto-cuidado” (Feder Kittay, 2004). Aunque pertinente en ciertos aspectos (particularmente en economía, o en términos de obligación moral), esta distinción comporta el riesgo de reconducir, junto con el par “autonomía/dependencia”, a la ficción de una autoconstrucción de la identidad personal. Para que ello tenga éxito se requiere el trabajo de una “esposa/madre que posea un yo orientado hacia los otros y afectuoso”, para retomar los términos de Adkins & Lury (1998).

Por el contrario, tal como lo observa la psicoanalista inglesa Margaret Cohen (1993), respetar a los más dependientes entre los dependientes –en este caso niños recién nacidos del servicio de reanimación

neonatal donde Cohen trabaja para, según ella, “dar una voz a sus experiencias”- implica reconocerlos como seres humanos *independientes*. Por “independiente” entiende “comparable” o “semejante a sí-mismo”, lo que desde una perspectiva psicoanalítica supone reconocerlos como sujetos dotados de interioridad, de vida psíquica y de historia propia. Por defecto, y teniendo en cuenta la dificultad de realizar cuidados técnicos (*cure*) sin hacer sufrir, el riesgo consiste en concentrarse sólo en la dificultad técnica negándose a ver que el recién nacido se retuerce de dolor, y sin poder imaginar su desesperación.

En la perspectiva del cuidado, las categorías de dependencia/autonomía, así como las relaciones entre ellas deben ser por tanto completamente repensadas.

¿Qué define al cuidado? ¿El contenido de las tareas o la manera de llevarlas a cabo?

En francés no existe un término apropiado para traducir el concepto inglés de *care*. El término “*soin*”⁹¹ es muy restringido. Tampoco lo definen la “consideración”, la entrega o la abnegación. El concepto de cuidado abarca una constelación de estados físicos y mentales y una suma de actividades laboriosas. Las mismas están presentes en el embarazo, la crianza y la educación de los niños, el cuidado de personas y el trabajo doméstico. No obstante, una de sus características cruciales es que el cuidado es un trabajo en el que no se pueden disociar las tareas materiales del trabajo psicológico que éstas implican. Dicho de otro modo: el cuidado denota la dimensión propiamente afectiva que se moviliza al realizar cierto tipo de actividades que requieren en gran parte, ser realizadas con “ternura” o “simpatía”. Retomaremos esta idea más adelante.

La socióloga Geneviève Cresson (2000) propuso el término “trabajo doméstico de salud” que resuelve en parte la dificultad de traducción del inglés al francés. Pero solamente en parte, porque si bien dicho con-

⁹¹ Si bien, desde un punto de vista estricto, la definición de la palabra francesa “*soin*” reenvía no sólo a la idea de cuidado curativo sino también a la idea de atención, preocupación o de cuidado moral, es la primera acepción vinculada a la cura la que prevalece en su uso actual. En Francia, se decidió conservar el término inglés, con cursiva y sin comillas, para visibilizar también el vínculo con la epistemología feminista. Algunas traducciones en lengua castellana de teóricas francesas usan también la palabra *care*. Usamos en nuestro contexto el término cuidado de acuerdo a los usos más comunes en España y América (NDT).

cepto rehabilita la parte esencial del cuidado y de la preocupación por el otro en el trabajo doméstico, así como la carga psíquica que se le asocia; tiene un doble inconveniente. En primer lugar, tiende a disociar artificialmente al trabajo doméstico del trabajo doméstico de salud –cuando, en la perspectiva del cuidado, todo trabajo doméstico es al mismo tiempo trabajo de salud, comenzando por “dormir en una cama limpia”–. En segundo lugar, tiende a separar al trabajo doméstico de cuidado –realizado gratuitamente en el espacio privado– del trabajo asalariado de cuidado, mientras el concepto de cuidado supera esta dicotomía. En efecto, este último permite el análisis de las semejanzas existentes entre actividades aparentemente dispares tales como el trabajo doméstico, el cuidado de enfermos, la educación, la labor de una secretaria y, en suma, las tareas de asistencia en todas sus formas (véase, por ejemplo, el caso de las auxiliares jurídicas estudiadas por Pierce, 2002).

Si recordamos que el trabajo doméstico ha sido durante mucho tiempo considerado como un trabajo tonto para el que no se requiere ningún talento particular, el cambio de perspectiva es radical: *el cuidado conceptualiza conjuntamente las actividades de cuidado, así como a la inteligencia que se moviliza para su realización*. El escaso interés científico y filosófico en este tipo de inteligencia y en sus concreciones se debe en gran parte a que la relación con la experiencia concreta del cuidado se dificulta debido a: 1) la invisibilidad que caracteriza las condiciones de su éxito, 2) su naturalización respecto de la feminidad, 3) las formas relativas al *pathos* en su expresión discursiva, y 4) las defensas viriles de quienes toman las decisiones tanto a nivel del Estado como en el ámbito hospitalario o de la gestión en salud.

Es este cambio de perspectiva lo que quisiera mostrar a partir de varias investigaciones en psicodinámica del trabajo⁹² llevadas a cabo en el medio hospitalario tanto con auxiliares de enfermería (Molinier, 1999), como con enfermeras y jefas de servicio (Molinier, 2000, 2001).

⁹² La psicodinámica del trabajo estudia la centralidad del trabajo al funcionamiento psíquico o, para decirlo de otra manera, el hecho de que el trabajo nunca es neutro en relación a la construcción de la identidad y la salud mental. Intervenimos a solicitud de los interesados cuando éstos desean elucidar las razones por las cuales su trabajo se ha vuelto tan penoso que algunos se han enfermado y otros temen pasar por lo mismo (Dejours & Molinier, 1994).

Invisibilidad del trabajo de cuidado y saber-hacer discreto

¿Qué hemos aprendido del análisis psicodinámico del trabajo de cuidado? Que para ser eficaz, el trabajo de cuidado debe desaparecer como trabajo ya que de su invisibilidad depende su éxito. En efecto, cada vez que se busca aliviar un sufrimiento (o al menos no incrementarlo), con el fin de no cansar o molestar a la persona que se cuida y, al mismo tiempo, para economizar gestos y movimientos inútiles por parte de quien realiza la labor, es preciso saber *anticiparse a la demanda* y disimular los esfuerzos y el trabajo realizado para llegar al objetivo deseado. Esta anticipación puede llevarse a cabo mediante conductas comunes y corrientes tales como dejar un vaso de agua y un timbre al alcance de la mano, o en vez de decir “¡qué cara de cansado tenés!” alcanzarle a la persona una silla. La preocupación por el confort psicológico del otro está siempre implicada en este tipo de saber-hacer. Se trata de no incomodar al otro, de respetar su pudor y su deseo de autonomía, de no generarle sentimientos de vergüenza, de evitarle la humillación de la dependencia, etc. Pero este tipo de saber-hacer discreto requiere al mismo tiempo la movilización de conocimientos técnicos, como cuando una (buena) enfermera quirúrgica le alcanza al cirujano la herramienta correcta en el momento adecuado, o una (buena) secretaria prepara las carpetas apropiadas en función de las citas de su jefe. También es un saber-hacer discreto limpiar sin desordenar el escritorio del investigador, o el de la maestra de jardín de infantes que omite contarles a los padres que su hijo caminó por primera vez y ellos no estuvieron para verlo... Este tipo de saber-hacer es discreto ya que, para alcanzar su objetivo, utiliza medios que no deben llamar la atención de quien se beneficia de ellos, y también porque deben poder ser realizados sin que quien los realiza deba necesariamente esperar agradecimiento. Por tanto, *el trabajo de cuidado se ve ante todo cuando fracasa*, cuando la sonrisa se tensa o desaparece del rostro de la enfermera, cuando el gesto se vuelve mecánico, cuando la respuesta a la demanda llega demasiado tarde, cuando el niño vuelve del jardín arañado o mordido por otro, o cuando el ama de casa hace de la limpieza una modalidad de tiranía doméstica, pasando de la imagen de hada madrina del hogar a la de una temible arpía.

La invisibilidad –que constituye un rasgo intrínseco del cuidado y forma parte de su esencia (*quiddité*)–, tiene, por tanto, un déficit crónico de reconocimiento. En términos generales, el reconocimiento es de por sí difícil de obtener ya que se apoya en el trabajo realizado (y no en su representación teórica bajo la forma de organigramas, protocolos, descripción de puestos, etc.). El reconocimiento del trabajo realizado es posible de obtener mediante dos juicios:

El juicio de belleza mediante el cual se evalúa al trabajo en función de su conformidad con las reglas del oficio y de su originalidad, es decir de la capacidad de hallar soluciones ingeniosas a los problemas encontrados. Es un juicio otorgado por los pares, sobre todo de forma simbólica a través de la integración al colectivo de trabajo y de la admiración por la tarea u obra realizada.

El juicio de utilidad, que incluye la utilidad social, económica o técnica del trabajo. Este juicio no evalúa los medios utilizados, sino que valora que los objetivos hayan sido alcanzados. Es un juicio que otorgan los superiores jerárquicos y que se materializa en forma de salario, calificación, promoción profesional y/o atribución de medios.

La dinámica del reconocimiento se apoya en la capacidad colectiva para lograr que dichos juicios de belleza y utilidad sean congruentes con respecto a la situación de trabajo real, y lo menos contradictorio posibles entre sí. Para lograrlo es preciso que quienes trabajan puedan debatir con regularidad acerca de las dificultades que enfrentan, al interior de la empresa u organización (o sea en el “espacio público interno”). Esto posibilita que el trabajo prescripto por la organización pueda ser revisado de manera realista, que se torne más compatible respecto de las exigencias de la tarea y más respetuoso del sentido que las personas le dan a su trabajo (Dejours, 1992). Ser reconocido por lo que uno hace no es, como se ve, una experiencia común. De hecho, es más bien poco frecuente. Es la esperanza de ser reconocido la que juega un rol fundamental en la posibilidad de seguir trabajando y de implicarse en la tarea sin enfermarse.

Que el trabajo de cuidado deba desaparecer como trabajo, que parte de su esencia consista en no dejarse ver como tal, contribuye a que sea subestimado en el registro del *hacer* y, concomitantemente,

sobreestimado en el registro del ser. Por lo general el trabajo de cuidado es confundido con la feminidad (la-mujer-buena-para-lo-relacional), o con lo femenino del hombre. Es percibido como don de sí, como una suerte de emanación del alma, y no como un saber-hacer adquirido mediante la experiencia, lo que lleva a vincularlo con “cualidades morales” que son a un tiempo, “cualidades de género” y que nunca se pueden codificar o remunerar. Como lo señala Danièle Kergoat (Kergoat et al., 1992), la definición social de una competencia profesional no puede apoyarse en una lista de “cualidades individuales”.

Aunque no podamos desarrollarlo en este artículo, el análisis psicodinámico del trabajo muestra que el saber-hacer discreto de las enfermeras y las auxiliares de enfermería no es espontáneamente percibido ni presentado como una competencia laboral. De este modo, las enfermeras quirúrgicas que ofrecían al cirujano el instrumento necesario antes de que él lo pidiera, aliviándole así la carga mental de tener que pensar en ello, definieron en un primer momento su actividad como “un trabajo tonto: pasar instrumentos”.

Vulnerabilidades retorcidas

Desplacémonos por un instante hacia la perspectiva de los beneficiarios del cuidado. No cuesta demasiado porque todos y todas hemos sido en algún momento beneficiarios del mismo, aunque no seamos proveedores de cuidado. Aparece entonces una curiosa e insistente tendencia a desear ser “queridos” por quienes nos sirven. Deseamos que nos “donen” esa parte de su trabajo. Esto aparece incluso en el caso de las hermanas Papin, sirvientas que masacraron a sus patronas, a las que el juez les preguntó: “¿Ustedes querían a sus patronas?”. De hecho, ellas respondieron que no, que ellas solo las servían y “nada más” (Le Guillant, 1963, p.894). Jacques Lacan, en el artículo que les dedica en 1933, cree detectar una prefiguración del drama posterior en la frialdad que caracteriza a las relaciones entre unos patronos que “extrañamente parecen haber carecido de *simpatía humana*” y *unas sirvientas que ejercen una “indiferencia activa”*. Como si el amor tornara tolerable el

hecho de ser servido –y, por tanto, de oprimir– y borrara los aspectos de sujeción inherentes al trabajo de cuidado.

Lo que imponemos al otro por el hecho de su propia dependencia queda de este modo oculto por el interjuego de dos elementos: el saber-hacer discreto y una justificación del trabajo que apela al “amor” del proveedor hacia el beneficiario. Como puede apreciarse, las relaciones entre amor y trabajo de cuidado son complejas. A su vez, amar puede constituir una modalidad de supervivencia para quien provee los cuidados. Por lo general, se tiende a considerar que el amor es lo primero, esto es, que “causa” la entrega personal en el trabajo de cuidado. No obstante, diversas situaciones dan cuenta de que el apego por las personas cuidadas es un efecto derivado del trabajo, e incluso que dicho apego constituye una condición psicológica que torna más soportables las situaciones complejas de trabajo. Este es, por ejemplo, el caso de las niñeras que han inmigrado de países pobres y que abandonan a sus propios hijos para ocuparse de niños de los países ricos: “Ante la ausencia de mis hijos, lo mejor que podía hacer era darle todo mi amor a este niño”, dice una de ellas. “Trabajo diez horas por día, no conozco a nadie en el barrio, este niño me da lo que necesito”, dice otra... Un amor que es a su vez, naturalizado por las empleadoras quienes hablan del “temperamento afectuoso y cálido de las mujeres del Sur” (Hochschild, 2004)⁹³.

¿Cómo extirpar el trabajo de cuidado del “amor” que tiende a ocultarlo, justificarlo o volverlo soportable? El saber conjetural de las enfermeras y auxiliares, su saber-hacer discreto y su naturalización en el registro de la feminidad no son los únicos elementos que contribuyen a la invisibilización de su trabajo. El estatus ambiguo de la afectividad que ambas partes movilizan en torno a la relación de cuidado constituye otro motivo de su invisibilidad o, más exactamente, de la dificultad de dar cuenta públicamente del trabajo de cuidado.

En nuestras investigaciones, la recolección del material se efectúa en el seno de pequeños grupos de personas que hablan voluntariamente de las dificultades del trabajo. Una joven y bella mujer cuenta,

⁹³ Sobre la ambigüedad de los sentimientos movilizados por el trabajo de cuidado, véase también Esman (2002).

un poco turbada, que cedió durante varias semanas a la solicitud de un enfermo internado en el servicio de reanimación que se encontraba amarrado a su cama por tubos y caños: el paciente deseaba que ella se recogiera el pelo de una cierta manera que al él le parecía más atractiva. Ante esta situación cabe preguntarse ¿se trata de un cuidado? ¿Es una transgresión? ¿Forma parte de un juego erótico? ¿Hasta dónde se puede llegar brindando el “don de sí” sin extraviarse? ¿Cómo no mezclar todo?

La dimensión erótica de la relación no es eludida por la enfermera. En su casa, antes de salir a trabajar, se sentía incómoda al hacerse un rodete en el pelo. No obstante, si accedió al deseo del paciente, no fue por amor sino por compasión (en el sentido etimológico: *sufrir con*). Las enfermeras a menudo dicen que lo que las lleva a transgredir reglas de la organización de trabajo es la convicción de que estos pacientes no tienen a nadie más que a ellas. En la intervención psicodinámica, ese relato da lugar a otros que, a su vez, plantean el tema de los límites que no se debe traspasar, ni siquiera por compasión. Por ejemplo, un anciano impotente que quería dormir con un camisón femenino de encaje rosado. Las enfermeras aceptan ponerle el camisón, pero se niegan a hacerle un lavado así vestido, tal como él reclamaba.

El saber enfermero es difícilmente formulable en la esfera pública, no sólo porque es un saber sobre nuestra intimidad que revela que la norma es la vulnerabilidad, sino también porque muestra que dicha vulnerabilidad es, a su vez, retorcida; y que son asimismo retorcidas no sólo las personas a las que hay que cuidar sino también las que proveen cuidados. De hecho, esta contribución hubiera podido titularse “vulnerabilidades retorcidas” en vez de “cruzadas”. La idea de vulnerabilidades “cruzadas” constituye una aproximación –en parte inadecuada–, que pretende poner énfasis en la asimetría que caracteriza a la relación de cuidado. Se trata de una asimetría en términos de trabajo –lo que “uno hace para otro”– más que en términos de que “uno es vulnerable, y el otro no”.

Como lo sugiere la clínica del trabajo de cuidado, no es posible tener en cuenta la vulnerabilidad del otro sin movilizar la propia sensibilidad, o sea sin arriesgarse a ser desestabilizado por las manifestaciones retorcidas de la propia subjetividad. Relegar los cuidados corporales, lo más íntimo de los cuerpos, al “trabajo sucio” realizado por las mujeres

menos calificadas, es finalmente bastante práctico para la tranquilidad de todos. Subrayemos que el tabú cultural que afecta simultáneamente a las actividades relacionadas con deyecciones y cadáveres y a quienes las realizan, tiende a ocultar oportunamente el tabú, aun más profundo, de la sexualidad y las ambigüedades de la afectividad.

Las enfermeras, y más aún las auxiliares, no pueden describir su trabajo mediante generalizaciones ni modelizarlo con cifras o diagramas. Para (hacer) entender lo que hacen, recurren a una sucesión de historias “retorcidas” en las que la vulnerabilidad no significa de ninguna manera “inocencia”, “transparencia” o “bondad”. Esa sucesión de historias que las trabajadoras narran incansablemente cada vez que se presenta la oportunidad, se dirige a construir una ética común, indisoluble de una comunidad de sensibilidad. ¿Qué hay que hacer cuando una encuentra cada mañana a dos viejas damas en la misma cama? ¿Se debe tolerar que un paciente beba a escondidas? Un paciente moribundo prefiere fumar antes que alimentarse. ¿Se le puede otorgar ese último placer o hay que ceder ante la familia que, negando el deceso inminente, exige de las auxiliares que confisquen los cigarrillos y lo obliguen a comer?

Ponerse bonita, tolerar la sexualidad del otro, incluso una sexualidad rara, dejar beber alcohol, fumar... autorizar y, a veces, autorizarse placeres ilícitos... No es la transgresión en sí la que es juzgada colectivamente para poder inscribirse en el registro del (buen) trabajo y de la vida buena, sino el grado de pertenencia de la transgresión a la esfera del cuidado. No es la dimensión íntima del placer para sí –que quizás la enfermera siente por el efecto seductor de su pelo recogido– la que orienta la deliberación del colectivo de trabajo, sino el trabajo de cuidado que consiste en hacer que el otro sufra lo menos posible. Y a la inversa, es a través de la deliberación que enfermeras y auxiliares se cuidan de deslizarse de manera incontrolada por la pendiente de la transgresión y sus ambigüedades. El reconocimiento entre pares se desarrolla en el ejercicio mismo de esta comunidad de sensibilidad, mediante los relatos que la constituyen como tal, y a través de los cuales se elaboran las reglas del oficio que permiten arbitrar lo que pertenece o no al “buen trabajo”.

Por tanto, aunque el cuidado pueda parecer, en primera instancia como algo inaprensible, es accesible bajo la forma de narración. Una narración cuya trama no apunta a la verdad o la objetividad, sino que intenta formular lo informulable, aquello que resiste al orden simbólico dominante.

¿Puede el cuidado ser objeto de un enunciado público? Es arriesgado querer dar testimonio de los efectos de lo real sobre la propia subjetividad. Se podría caer sin querer en la trampa de la confesión (en el sentido de Michel Foucault). Todo ello en un contexto de relaciones desiguales de poder en el que el otro puede convertirse en juez y censor de una subjetividad percibida de manera unilateral como inadecuada o desviada. Aunque la mayor parte de las versiones teóricas del cuidado escapan a este riesgo, hacen trampa respecto de la realidad del trabajo ya que no dan cuenta de la dimensión sexualmente incorrecta del cuidado –que dista de ser marginal–, ni revelan los sentimientos de asco u odio que puede generar el trabajo de cuidado hacia su destinatario (Cohen, 1993; Molinier, 2004).

Política y práctica, virilidad y feminidad

En Francia, a fines de los años 80, el movimiento social de coordinación enfermera⁹⁴ marcó un giro en la historia de la profesión que contribuyó a legitimar los valores de su trabajo. Sin embargo, su poder de acción colectiva no pudo modificar el punto de vista de los representantes del Estado. Estos, después de un primer momento de perturbación, lograron aplastar la legitimidad y el alcance político del movimiento reduciéndolo al pathos femenino. Un miembro del gabinete del Ministerio de Salud resume de esta forma la magnitud del malentendido en juego: “Es increíble: estas chicas de la coordinación, ¡cada una de ellas cuenta detalles de sus problemas de la vida cotidiana! Son conmovedoras, enternecedoras, pero ¿cómo quieren que se negocie con un trozo de vida?”. Por su parte, las enfermeras decían: “Nos dimos

⁹⁴ Se trata del primer movimiento masivo de protesta de enfermeras y enfermeros, que duró varios meses, dirigido no por sindicatos sino por una coordinación nacional enfermera (NDT).

cuenta de que la calidad del cuidado no era su problema. Para ellos, las cosas tienen que funcionar sin que se tome en cuenta lo humano. No saben lo que es un hospital, [...] es nuestra vida⁹⁵. Como se ve, para las enfermeras la “calidad del cuidado” se asocia con “lo humano”. El punto nodal del asunto es que el cuidado se halla en el centro del malentendido. Sin duda, la estrategia de las enfermeras no fue la adecuada y probablemente hubiera sido preciso cambiar el registro de enunciación al pasar del plano práctico al plano político. No obstante, si se pretende superar el fracaso y encontrar un registro adecuado para la expresión política del cuidado, una condición previa es entender los obstáculos de la mutua (in)comprensión entre políticos y enfermeras y/o proveedoras de cuidado. Algunos de estos obstáculos son de orden defensivo.

En efecto, las citas mencionadas dan testimonio de que, tanto las enfermeras como el Estado (a través de sus representantes) no sólo se expresaban en planos diferentes –práctico y político–, sino que además cada uno de estos actores utilizaba registros defensivos diferentes, femeninos y viriles respectivamente, que les impedían oírse mutuamente. Mediante los términos “femenino” y “viril”, me refiero a posiciones defensivas que nada tienen que ver con la “naturaleza” de las mujeres o de los hombres, sino que se vinculan con lo arbitrario de la división social y sexual del trabajo⁹⁶. De esta arbitrariedad resultan experiencias diferentes que dan lugar a formas de subjetivación no sólo diferenciadas, sino antagónicas.

⁹⁵ Las citas provienen de Kergoat *et al.* (1992: 107 y 98).

⁹⁶ La tesis de la co-construcción de las identidades de género y de la división sexual del trabajo está presente en los trabajos de numerosos autores. Lisa Adkins (2000) en particular, insiste en la línea de Judith Butler, en la puesta en evidencia de las características móviles, e inclusive “flexibles” en el sentido neoliberal del término, de las identidades de género producidas por las actividades de servicio (principalmente las actividades comerciales). Mi propio análisis, en cambio, me conduce a insistir en la contribución del trabajo frente a lo que aparece como más fijo y menos móvil dentro de las identidades de género y, en consecuencia, de la división sexual del trabajo. Y ello porque dichas identidades son resistentes al cambio debido a su funcionalidad defensiva. Aunque no pueda desarrollarse en este espacio, los hombres cuando son minoritarios dentro de un colectivo de mujeres pueden adherir a estrategias defensivas femeninas y las mujeres pueden desarrollar estrategias viriles. Así las mujeres que ejercen una profesión masculina (en el sentido social) no son necesariamente diferentes de los hombres, aunque puedan serlo, por ejemplo cuando les destinan esperas y obligaciones que no son las mismas.

Existe, de hecho, un conflicto de intereses entre las estrategias colectivas de defensa elaboradas para soportar el sufrimiento generado por el trabajo de cuidado y las estrategias colectivas de defensa de políticos, gerentes y médicos –hombres en su gran mayoría–. Expliquémonos: las investigaciones en psicodinámica del trabajo han mostrado que el celo⁹⁷ de los trabajadores es ante todo tributario de la resonancia simbólica entre el trabajo y la escena infantil, esto es, entre el espacio social y las posibilidades de utilizarlo que uno ha hecho para elaborar y superar de ese modo los sufrimientos de la historia personal. Por tanto, el sufrimiento preexiste al encuentro del sujeto con la situación de trabajo. El sufrimiento es una vivencia indisoluble de la corporeidad –no hay sufrimiento sin cuerpo– que nunca es completamente representable. Así, el sufrimiento siempre está a la espera de sentido, lo que implica no sólo un movimiento reflexivo del sujeto hacia su ser en el mundo, sino también un movimiento hacia la acción sobre el mundo... en la que el sujeto se encuentra con el trabajo. Este encuentro puede dar lugar a lo mejor –el trabajo como obra y creación– pero también a lo peor: el trabajo como impedimento de sí, lo que acontece cuando el trabajo linda con lo absurdo o supone una confrontación con amenazas psíquicas graves como el miedo. Si en estas circunstancias nefastas aunque bastante comunes, las personas no se enferman es porque entre la salud y la enfermedad se interponen las defensas. Nuestras investigaciones han mostrado que ciertas actitudes o comportamientos que podrían parecer aberrantes o irracionales desde el punto de vista de las racionalidades “clásicas”, se tornan inteligibles cuando se esclarece su funcionalidad desde el punto de vista de la preservación de sí, esto es, de su racionalidad pática.⁹⁸

El psicoanálisis descubrió los mecanismos de defensa individuales. Por su parte las investigaciones realizadas por la psicodinámica del

⁹⁷ La noción de “celo” se refiere al hecho de que el trabajo moviliza siempre la inteligencia y la personalidad de los trabajadores. La “huelga de celo” muestra, a la inversa, que cuando los trabajadores no añaden algo más al trabajo prescripto por la organización, nada funciona. El celo tiene también una connotación moral: *hacer* cuando sería mejor abstenerse (por ejemplo, en el caso de una colaboración con la injusticia social).

⁹⁸ La racionalidad pática se define como “lo que, en una acción, conducta o decisión, proviene de la racionalidad en relación con la preservación de sí (salud física y mental) o el desarrollo de sí (construcción subjetiva de la identidad)”, Dejours, Ch. *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris: Point, p.113. (NDT)

trabajo permitieron mostrar que muchas de esas conductas insólitas forman parte de sistemas de defensa colectivamente contruidos. Dicho en otros términos: existen frecuentemente formas de cooperación con vocación defensiva, cuya función es impedir el pensamiento acerca de aquello que hace sufrir en el trabajo (Dejours, 1992). En particular, en las situaciones de trabajo que son peligrosas para la integridad física (por ejemplo, en el caso de los trabajadores de la construcción), o para la integridad psíquica (cuando es necesario asumir responsabilidades que comprometen la vida de otros, o cuando hay que realizar una actividad que entra en conflicto con el propio sentido moral). En estos casos, los colectivos compuestos mayoritariamente por hombres se defienden del miedo y/o del sufrimiento moral construyendo estrategias colectivas de defensa centradas en:

- la negación de la vulnerabilidad de los hombres: un hombre verdadero no siente miedo/no anda con sentimentalismos.
- el desprecio por la vulnerabilidad de los demás (Dejours, 1998b).

Subrayemos que todas las personas que muestran cierta vulnerabilidad, independientemente de su sexo biológico, son excluidas de la categoría “hombres”. Mientras en la perspectiva del cuidado sólo puede existir un único modelo de lo humano –el *homo vulnerabilis* – la ideología viril defensiva conduce permanentemente una bipartición de los seres humanos que opone y jerarquiza entre hombre/mujer, fuerte/débil, autónomo/dependiente, razón/sinrazón (en relación con las categorías que nos interesan) y que terminan conformando un sistema de pensamiento dominante del cual cuesta mucho deshacerse.

Si, de acuerdo al modelo viril, las auxiliares y enfermeras (tanto mujeres como hombres) negaran su propia vulnerabilidad (y, por tanto, desvalorizaran la de los pacientes) no podrían realizar el trabajo de cuidado. Las cuidadoras tienden entonces a elaborar entre ellas el sufrimiento ocasionado por el trabajo de cuidado. Se trata de un sufrimiento que no constituye un efecto mecánico del tipo “sufrimiento de los enfermos = compasión de los cuidadores”. En efecto, la angustia engendrada por el sufrimiento del otro o, bajo una forma más “elaborada”, la

identificación compasiva, conocen numerosos fracasos. Experimentar estas fallas en la identificación compasiva –sorprenderse por no poder soportar más al otro, odiar su dependencia, desear su aniquilación, descubrir su propia indiferencia o crueldad– no resulta necesariamente menos penoso o vergonzoso que la experiencia de la compasión. Las situaciones más dolorosas pueden tal vez ser aquellas en las cuales el propio psiquismo de la cuidadora se le impone a sí misma como una amenaza interna que hace vacilar el sentido de su trabajo y sus certidumbres identitarias. Por tanto, no hay de qué jactarse. Retomaremos este tema.

Si las enfermeras y auxiliares se limitaran a quejarse y a describir la realidad “cruda” como tal vez cabría esperar de un testimonio objetivo, la evocación de su experiencia vivida sería insoportable tanto para sus interlocutores como para ellas mismas. Allí no habría transmisión, ni deliberación, ni construcción de una ética o una sensibilidad compartidas. Por ello, los relatos patéticos a los que aludimos previamente cumplen con una función suplementaria de carácter defensivo. Para tornar soportable la evocación de la experiencia vivida, es necesario tomar distancia, aliviar su carga ansiogéna. Esta toma de distancia se realiza gracias a la mediación del humor. Los relatos patéticos de las cuidadoras son en realidad, relatos tragicómicos. Nada se cuenta sin que no sea posible reír, incluso si al mismo tiempo se llora: es esto lo que constituye propiamente la dimensión defensiva en la elaboración de la narración colectiva. Pero no es lo único: el humor es al mismo tiempo puesto al servicio de la capacidad de sostener y soportar la propia vulnerabilidad, y es indispensable para el trabajo de cuidado. Por tanto, sería psicológicamente más económico endurecerse, cortarse afectivamente respecto del desamparo del otro; endurecimiento que además es fuertemente solicitado por la concentración requerida para el trabajo técnico (pinchar, colocar la sonda, cortar la carne, etc.)⁹⁹.

⁹⁹ Existe un conflicto entre las modalidades de la subjetividad movilizadas por el *cure* y por el *care*. La adquisición de una destreza técnica implica pasar por fases de prueba y equivocaciones donde, como en el caso de los internos descritos por Margaret Cohen, es difícil no sentirse perseguido por los enfermos o no instrumentalizarlos “olvidando” que se les está haciendo daño. La sensibilidad al sufrimiento de otro requiere para desarrollarse, haber pasado por esas fases de aprendizaje y haberse vuelto lo suficientemente hábil para poder deshacerse

La auto-ironía, un arte de vivir con la derrota

Las estrategias colectivas de defensa de las cuidadoras tratan de mantener la *perennidad de la vulnerabilidad personal*, con el corolario de las inevitables debilidades de la subjetividad. Para hacerlo, las enfermeras y las auxiliares de enfermería movilizan una forma particular de humor: el burlarse de sí mismas. Se burlan de sí mismas (“pobre mujer...”) como se burlan de las debilidades de otros. Es toda una humanidad sudando, roncando, claudicando, o castañeando los dientes de miedo la que se encarna por medio de la burla de sí misma, hasta conformar un universo de referencias comunes en el que la vulnerabilidad y sus diversas manifestaciones, no siempre amables, están allí y al menos se expresan como la base que debe sostener la exigencia ética.

Una estudiante de enfermería lleva a cabo por primera vez el aseo de un muerto. Llena de pánico traba sin querer la puerta por la que quisiera huir y queda encerrada con el cadáver. Una auxiliar va en busca de una escoba a un depósito colmado de todo tipo de objetos, y descubre a un hombre ahorcado. El susto es tal que cae, y con ella se derrumban gran cantidad de pies porta suero y viejos orinales, produciendo un ruido ensordecedor. O bien, una enfermera cuenta su errático caminar dándole la espalda a una ventana peligrosamente abierta, aterrorizada frente a un gigante vociferante que profiere insultos y amenazas de muerte.

Los relatos de enfermeras y auxiliares son capaces de espantar a cualquiera. En estos se pone en escena un acontecimiento que por un momento las aterrorizó o paralizó, al punto de hacerles perder provisoriamente su autocontrol, poniéndolas en ridículo. A diferencia de los relatos típicos de los estudiantes de medicina, los de las cuidadoras no ponen en primer plano la obscenidad o las alusiones sexuales. En estos relatos ni el miedo ni la vulnerabilidad son negados, sino por el contrario, son repetidos y domesticados a través de historias pulidas, narradas y vueltas a narrar, mejoradas una y otra vez a lo largo de toda la carrera profesional. Estas historias buscan circunscribir la irrupción de

parcialmente del acto técnico. Entonces el *care* puede ponerse al servicio del *cure*, siendo más fácil tratar un paciente relajado y en confianza.

lo real –entendido como aquello que se resiste al dominio por los medios convencionales– no para expulsarlo fuera de las representaciones compartidas, sino por el contrario, para elaborar sus efectos sobre el psiquismo. Por tanto, estos relatos participan de la transmisión y reproducción de una cultura profesional cuyo saber-hacer consiste en un arte de vivir con la derrota. En efecto, se trata de reconocer los límites de todas las cosas –empezando por los propios– ante la muerte, la locura, las deyecciones del cuerpo, y la sexualidad; admitir las debilidades y los fallos de la corporeidad, –de la propia–, ese cuerpo que de vez en cuando se viene abajo: las piernas que se ablandan, el asco, los ataques de risa incontenible, la excitación... Como vemos, aunque la auto-ironía junto con la burla posibilitan tomar cierta distancia, no son en lo más mínimo sinónimo de indiferencia, sino que forman parte del trabajo de aceptación y de elaboración de la vulnerabilidad.

Ahora bien, aunque burlarse de sí mismas permite formular las experiencias de cuidado en el seno del colectivo de pares, a su vez las torna inaceptables fuera de este círculo restringido (es decir, por fuera del reconocimiento de los colegas). La experiencia de las enfermeras y auxiliares es, en su auténtica expresión, inaceptable desde la posición dominante (viril), una posición subjetiva que prohíbe reírse de la propia vulnerabilidad o expresar sentimientos de ternura hacia lo retorcido que somos. Los relatos, que constituyen la elaboración narrativa de la experiencia del cuidado, son evaluados desde la lógica viril como algo meramente anecdótico y “poco serio” aunque, paradójicamente, puedan ser percibidos como irrespetuosos hacia los enfermos. Así, lo saludable de las cuidadoras, su normalidad, aparece como inadecuada. ¿Cómo son capaces de reírse así frente a la realidad dramática con la que trabajan?

Contingencias del cuidado

“La enfermería es por excelencia obra de la mujer”, escribía Désiré-Magloire Bournéville, jefe de los médicos reformistas que impulsieron la enfermería laica a fines del siglo XIX en los hospitales públicos

de París¹⁰⁰. La enfermera es en ese entonces considerada como la protagonista de la humanización de los cuidados. Se la desea joven porque es “dócil” y “maleable” y se propone “educarla según su naturaleza” (de mujer) y hacer de ella una auxiliar “tierna y dedicada” para con los enfermos. Sin embargo, la racionalización de la “caridad científica” por medio de la división del trabajo se intensifica durante la primera mitad del siglo XX. Los servicios se organizan por patologías, por órganos a tratar, por edades de la vida. El trabajo de cuidado se parcela: distribución de palanganas y termómetros en cadena, aseo de pacientes en serie, etc. Se apela más a la obediencia de las cuidadoras –consideradas como simples ejecutoras desprovistas de poder de decisión–, y a su capacidad de conservar la calma ante el sufrimiento y la muerte, que a sus capacidades compasivas.

En los años 70 del siglo pasado, nuevos promotores de la “humanización del hospital” se rebelan contra este modelo de organización del trabajo que conduce a una reificación de los enfermos, designados por el número de habitación, el nombre de la enfermedad, o incluso por el órgano afectado (Abiven, 1976). Se eliminan las salas comunes, se introducen reformas en el hospital psiquiátrico y asilo de ancianos, se inventan nuevos sectores: hospitales de día, de larga estadía, de cuidados paliativos y hospitalizaciones materno-infantiles. Las escuelas de enfermería desarrollan una nueva concepción del rol de la enfermería, inspirada en la tradición anglosajona de las enfermeras clínicas y que descansa en una concepción holística de la persona. Aparecen nuevas herramientas –Proceso de atención de enfermería, *dossier* de enfermería, diagnóstico enfermero– (Walter, 1988). A su vez, se inventa un nuevo oficio: el de auxiliar de enfermería (*aide-soignante*) a partir del cual se constata particularmente en el caso de largas hospitalizaciones, una neta mejoría de las condiciones de vida de los pacientes. El progreso es innegable en todos los planos, pero frágil. Hoy en día, las decisiones políticas en materia de reestructuración del sistema de salud son tomadas según los criterios de la gestión hospitalaria. Se trata, en particular, de

¹⁰⁰ *Le progrès médical*, VII, 1878, p. 388

contabilizar las patologías rentables y aquellas que resultan costosas¹⁰¹ a partir de una concepción de la prestación en salud totalmente alineada con modelos productivistas y curativos. Uno de los principales iniciadores de la reforma de la gestión hospitalaria en Francia ha escrito: (Kervasdoué, 2004: 109):

En cuanto a la calidad [...], se la opone erróneamente a toda evolución cuantitativa. Por cierto, nada se mide de modo simple, pero las empresas del sector industrial implementaron medidas cuantitativas de satisfacción de sus clientes, tasas de defectos en la fabricación de los componentes, tasas de error en los bonos de pago o en las facturas. La calidad también se mide. Ese es el objetivo “Cero defectos” de los círculos de calidad.

Los indicadores de calidad son, por tanto, las tasas de bajas hospitalarias, la cantidad de infecciones..., el cuidado nunca es mencionado. La calidad de la gestión no es la de las enfermeras y auxiliares. En esta perspectiva de la gestión el cuidado es –retomando una expresión de la prensa en el momento de canícula¹⁰²– reducido a la mera presencia de “gestos elementales de humanidad”. El término “elemental” denota no sólo una banalización de la complejidad del cuidado, sino que contiene la idea que el cuidado, lo “humano”, podría delegarse únicamente al personal voluntario.

El cuidado no se encuentra enraizado en la naturaleza humana, no surge instintivamente ante la desesperación y la dependencia de otro. Es producto de un esfuerzo colectivo, de una cultura del cuidado contingente y que, por tanto, puede desaparecer. En situaciones en las que la organización del trabajo no permite soluciones satisfactorias, se han identificado en algunos colectivos de auxiliares de enfermería, estrategias colectivas de defensa que llevan a operar una selección entre

¹⁰¹ Véase “La tarification à l’activité” (T2A) y el proyecto “Hôpital 2007” que “incita a los hospitales a repensar su oferta terapéutica para mejorar su productividad”. Ver Joseph Tedesco, “Il faudrait penser à la création de territoires de santé », Tribunes, *Le Monde*, 15 février 2005.

¹⁰² La autora hace referencia a la gran ola de calor que afectó a Francia (y más generalmente a Europa) en el verano del año 2003. Por ejemplo, en Francia, en agosto de ese año, se duplicaron los decesos a raíz de la canícula, afectando en particular a los adultos mayores que representaron más de 80% de las víctimas (NDT).

los pacientes. Esta estrategia funciona seleccionando entre aquellos pacientes que las cuidadoras estiman que “merecen” ser tratados como personas (los que cooperan activamente y se muestran agradecidos), y los que, por el contrario, serán tratados como subproductos de la especie humana o como objetos, porque ralentizan el trabajo y agudizan su dureza sin manifestar gratitud. Típicamente: los dementes seniles, que “están mal de la cabeza”; los toxicómanos y los alcohólicos que “tienen lo que se merecen”; o las mujeres que, tras un intento de suicidio, “hacen un show”. Del cuidado al maltrato instituido, sólo hay un paso. El día de mañana, un hospital sin cuidado puede ser posible.

La reflexión contemporánea sobre el cuidado es muy promisoria. No obstante, esas promesas solo podrán cumplirse si se tienen en cuenta las dimensiones materiales y psicológicas del trabajo de cuidado. Esto implica llevar a cabo un trabajo interdisciplinario entre filósofos, sociólogos y psicólogos. De lo contrario, el riesgo consiste en moralizar –en el mal sentido de la palabra– desde una posición dominante y abstracta, tanto a las prácticas como a las personas percibidas como desviadas. A quienes, además, les costará mucho más defenderse porque se encuentran en el escalón más bajo de la escala social. El cuidado se transformaría así en la buena conciencia de las élites.

Admitir las tensiones y contradicciones de la subjetividad e intersubjetividad, reconocer la incidencia que tiene la organización del trabajo en las posibilidades de ofrecer prestaciones respetuosas, analizar la parte maldita del “trabajo sucio” en el trabajo de cuidado –y, sobretudo, no disociar una de la otra–; comprender su complejidad en el plano psicológico, desenmascarar las formas de virilidad en los discursos eruditos, saber encontrar el punto ciego del trabajo en el análisis político, más aún del trabajo de las mujeres; éstas son algunas de las tareas primordiales a las que la reflexión interdisciplinaria podría dedicarse.

Referencias

- Abiven, M. (1976): *Humaniser l'hôpital*, Paris, Fayard.
- Adkins, L. (2000): “Mobile desire: aesthetics, sexuality and the ‘lesbian’ at work”, en *Sexualities*, 3(2).

Adkins, L. y Lury, C. (1998): "Making bodies, making people, making work", en McKie, L., Watson, N. (eds), *Organizing Bodies. Policy, Institutions and Work*, Houndmills-New York, MacMillan Press/St Martin's Press.

Bessière, S. (2005) : "La féminisation des professions de santé en France: données de cadrage" en *Revue française des Affaires sociales*, " Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé", 1.

Cohen, M. (1993) : "Histoires de naissance et de mort", en *Autrement*, Série "Morales", "Le Respect", 10.

Cresson, G. (2000) : *Les parents d'enfants hospitalisés à domicile. Leur participation aux soins*, Paris, L'Harmattan.

Dejours, C. (1992) : "Pathologies de la communication ", en Cottureau, A., Ladrrière, P. (eds.), *Pouvoir et légitimité*, Paris, Ed. de l'EHESS ("Raisons pratiques" 3).

- (1998a) : "Travailler n'est pas déroger", *Travailler*, 1.

- (1998b) : *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.

Dejours C., Molinier P. (1994) : "De la peine au travail", en *Autrement*, "Souffrances. Corps et âmes, épreuves partagées", 142.

Dorlin, E. (2004) : "Corps contre Nature. Stratégies actuelles de la critique féministe", en *L'Homme et la Société*, 150/151 (1).

Esman, S. (2002) : "Faire le travail domestique chez les autres", en *Travailler*, 8.

Feder Kittà, E. (2004): " Dependency, difference and global ethic of longterm care" <http://www.care-work-network.org>

Hochschild Russel, A. (2004) : "Le nouvel or du monde", en *Nouvelles Questions Féministes*, 23 (3).

Hugues, E.C. (1996) : *Le regard sociologique, Essais choisis*, Paris, Ed. de l'EHESS.

Kergoat, D., Imbert, F., Le Doaré, H., Sénotier, D. (1992) : *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, Paris, Lamarre.

Kervasdoué, J. (2004) : *L'hôpital*, Paris, PUF.

Lacan, J. (1933) : "Motifs du crime paranoïaque : le crime des sœurs Papin", en *Le Minotaure*, 3.

Le Guillant, L. (1963) : "L'affaire des sœurs Papin", en *Les Temps Modernes*, 216.

Lhuillier, D. (2005) : "Le sale boulot", en *Travailler*, 14.

Molinier, P. (1999): "Prévenir la violence : l'invisibilité du travail des femmes", en *Travailler*, 3.

- (2000) : "Travail et compassion dans le monde hospitalier", en *Cahiers du Genre*, 28.

- (2001) : "Souffrance et théorie de l'action", en *Travailler*, 7.

- (2004) : "La haine et l'amour, la boîte noire du féminisme? Une critique de l'éthique du dévouement", en *Nouvelles Questions Féministes*, 23 (3).

Nakano Glenn, E. (1992): "From servitude to service work. Historical continuities in the racial division of paid reproductive labor", en *Signs*, 18 (1).

Paperman, P. (2004) : “Perspectives féministes sur la justice”, en *L'Année sociologique*, 54 (2).

Pierce, J.L. (2002) : “Les émotions dans le travail : le cas des assistantes juridiques”, en *Travailler*, 9.

Walter, B. (1988) : *Le savoir infirmier. Construction évolution, révolution de la pensée infirmière*, Paris, Lamarre-Poinat.

La ética del cuidado y las voces diferentes de la investigación

Patricia Paperman

A contracorriente de las teorías morales y políticas mayoritarias, la ética feminista del cuidado no se deja encasillar fácilmente ni, por lo tanto, neutralizar en su neutralidad. En la primavera de 2010 en Francia, la ética del cuidado se vio reducida a una cuestión de buenos sentimientos por parte de políticos de todo tipo de tendencias ideológicas. De igual manera, su originalidad fue cuestionada por universitarios que invocaban teorizaciones anteriores en términos de solidaridad, de benevolencia, o de simpatía¹⁰³. Las reacciones sexistas que suscita la perspectiva feminista del cuidado recuerdan la pregnancia de una concepción de lo político en el pensamiento occidental que, desde el siglo XVIII, descansa en una división generizada de las esferas de lo público y lo privado (Pateman, 2010; Okin, 1989; Tronto, 1993). Esta división separa lo que importa, en tanto asuntos significativos y cuestiones públicas, de lo que es percibido como insignificante o accesorio y deja por fuera de lo político las cuestiones del cuidado.

Si las transformaciones en las maneras de pensar y actuar que implica la perspectiva del cuidado son importantes es porque esta ética –en tanto que es feminista– sacude no sólo las maneras habituales de concebir la ética y lo político, sino también las maneras de producir

¹⁰³ El episodio en cuestión surge cuando Martine Aubry, entonces secretaria general del Partido Socialista, evoca la ética del *care* en vista de renovar el debate político.

conocimiento. Los dos aspectos están fuertemente imbricados, como se intentará demostrar en el presente texto. Aquí se defiende la idea de que las maneras habituales de producir conocimiento, en particular en las ciencias sociales, contienen el alcance subversivo –ético y político– del concepto de cuidado. Se presenta, en un primer tiempo, la idea de la “voz diferente” según Carol Gilligan y la transformación que en la concepción de la ética implica la noción de cuidado. Asimismo, para Gilligan, esta transformación supone una relación diferente con el conocimiento. Luego, en un segundo momento se mostrará cómo el concepto de cuidado modifica la concepción de lo político para Joan Tronto. En el centro de esta transformación, el cuidado opera como un revelador de las desigualdades y las injusticias sociales. Finalmente, se hará hincapié en el obstáculo que significan las fronteras disciplinarias para la incorporación de la ética en las ciencias sociales y se sugieren pistas para una epistemología alternativa.

Escuchar

Al inicio de esta revolución, la hipótesis de la voz diferente que presenta Carol Gilligan (1982) cuestiona una concepción universalista y racionalista de la moral. Además, plantea argumentos que abundan en el sentido de una concepción pluralista y contextualista de la moral. La fuerza que adquiere la tesis de la voz diferente proviene de las preguntas sociológicas, psicológicas y filosóficas que les plantea a los diferentes análisis de la moral. La primera de ellas es: ¿quién posee la autoridad para definir un punto de vista moral? Para Gilligan, son los mismos sujetos. El punto de vista que emerge de los relatos generados por la investigación de Gilligan expresa una concepción diferente de la moral de las versiones *mainstream*, con sus variantes académicas. Su trabajo es decisivo porque el análisis que ofrece contiene pistas –un método y una epistemología diferentes– que permiten incluir los puntos de vista morales comunes y corrientes, “ordinarios”, en una reseña eventualmente sociológica de la moral.

Los puntos de vista morales pueden calificarse como ordinarios en el sentido en que emergen de la vida cotidiana y en tanto no son incluidos

en las concepciones mayoritarias –autorizadas, dominantes– de la moral. Estas dos acepciones engloban gran parte del desprestigio que caracteriza el trato reservado a una concepción de la moral que Gilligan evidencia en su investigación. Muestra el impacto de los prejuicios y de la ignorancia hacia las mujeres en la teoría del desarrollo moral de Kohlberg, que ocupa un lugar central en la psicología moral de los años 1980. Este aspecto de la deconstrucción es central en la tesis de Gilligan, en tanto pone en evidencia la manera en que operan los prejuicios hacia los puntos de vista de las mujeres: desalentando su expresión, desconociendo los recursos morales provenientes de sus experiencias sociales, interpretando la preocupación por los demás como una forma de búsqueda de aprobación o de servilismo.

La teoría de Kohlberg propone un modelo de desarrollo moral que distingue etapas en la adquisición de un sentido de la justicia, con base en una concepción kantiana de la imparcialidad. Los sujetos que alcanzan la madurez moral son aquellos que han podido adquirir una capacidad de juicio no normativo, autónomo, que les permita zanjar entre los intereses ajenos y los propios, desde una posición imparcial. El razonamiento de la justicia procede de manera deductiva, de modo lógico, partiendo de reglas y principios generales para aplicar al caso particular que se examina. Siguiendo este modelo, y en continuidad con los trabajos de Rawls y Habermas, aparece que las niñas incluidas en la muestra de Kohlberg no alcanzan las etapas más elevadas de desarrollo moral. Sus respuestas se diagnostican como “deficientes”.

Múltiples comentarios –incluyendo el de Susan Moller Okin (1990: 145-159 y 288-91) – subrayaron la deficiencia de algunas respuestas a las entrevistas realizadas bajo los principios de la investigación de Kohlberg. En todo caso, son respuestas que tienen lugar desde una concepción de la moral entendida como imparcial. Gilligan señala, en el modelo de desarrollo moral de Kohlberg, la incapacidad del lenguaje de la justicia de considerar moralmente pertinentes las experiencias y puntos de vista de las mujeres. La hipótesis de una “voz diferente” es la de una orientación moral que identifica y trata los problemas morales de otra manera que el lenguaje de la justicia, y que el lenguaje del cuidado permitiría aprehender. La ética del cuidado se concentra en

conceptos morales diferentes de la de la justicia. A los conceptos de derechos, obligaciones y reglas, que organizan la perspectiva de la justicia, la ética del cuidado los sustituye con una idea fuerte de responsabilidad. Las cuestiones y dilemas morales toman más frecuentemente la forma de conflictos de responsabilidad entre uno y con los otros. Esta moral se asocia con condiciones concretas, no es general ni abstracta. El razonamiento del cuidado no valida sus respuestas en referencia a principios generales. Toma la forma de una narración en la cual los detalles concretos, específicos de las situaciones, siempre particulares, tienen sentido y se vuelven inteligibles en los contextos de vida de las personas. Aprehendida con voz diferente, la moral se manifiesta por lo particular y en atención a ello, en la percepción aguda de los rasgos moralmente pertinentes en ese contexto.

El libro de Gilligan contiene varios ejemplos que ilustran los efectos de las pautas de entrevista de Kohlberg en las personas entrevistadas. Estos ejemplos ofrecen un panorama de los intercambios y las réplicas del entrevistador que tornan las respuestas de las chicas entrevistadas cada vez más inciertas y confusas porque el entrevistador no las comprende, en particular las de Amy, una niña que se volverá una suerte de ícono para los lectores de *Con una voz diferente* (Gilligan 2010: 30; Laugier 2010: 57-77). La escena de referencia, resumida: un entrevistador les presenta a dos niños de 11 años, Amy y Jack, el ahora célebre Dilema de Heinz: Heinz es un hombre que no tiene dinero, su esposa está enferma, ¿debería Heinz robarle el medicamento al farmacéutico que se rehúsa a dárselo? Ante esta manera de plantear el problema, Amy responde que Heinz debería hablar con el farmacéutico, explicarle que lo reembolsará más adelante o encontrar algún otro arreglo. Amy no responde, entonces, si Heinz debería o no robar el medicamento. Se pregunta, en realidad, qué puede hacer este hombre para cumplir con las necesidades de su esposa, ya que el farmacéutico no quiere darle el medicamento. Reformula lo que le parece ser una pregunta más adecuada para resolver la dificultad que plantea el dilema. El entrevistador no entiende que la respuesta de Amy se refiere al hecho de saber si robar representa o no una solución. Sin embargo, entiende sin dificultad aparente la respuesta de Jack, que estima que, siendo la vida más importante que el dinero,

Heinz *debería* robar el medicamento. Jack está bien posicionado para avanzar en la escala del desarrollo moral, progresa hacia la comprensión de los principios de justicia, pero Amy no. Este tipo de ejemplos podrían analizarse útilmente en los cursos de “métodos de entrevista” para la formación de los aprendices entrevistadores.

La ausencia de un vocabulario moral común refuerza las dificultades de expresión de los sujetos que no logran hacerse entender y menos aún comprender desde una posición desprovista de autoridad, en este caso, en una relación desigual con el entrevistador. Estas dificultades no son solamente las de un niño ante un adulto, o de un entrevistado ante un entrevistador que se beneficia de una autoridad científica. En efecto: “como perspectiva moral, el cuidado se encuentra menos elaborado (que la perspectiva de justicia), y no existe, en la teoría moral, vocabulario listo para describir sus términos” (Gilligan, 1987: 36). A partir de sus experiencias sociales y morales, aquellos que se preocupan por otros y tienen a su cargo el trabajo de cuidado, desarrollan y expresan una concepción diferente de lo que significa la “moral”. Entonces, los términos del vocabulario afectivo son los que pueden expresar los puntos de vista ordinarios desarrollados a partir de las posiciones de quienes no disponen de la autoridad necesaria para afirmar la validez de conocimientos provenientes de sus experiencias sociales-morales. En este contexto, la sensibilidad representa una herramienta de conocimiento y comprensión moral.

Cuando, por el efecto de sus propios supuestos, la encuesta no permite recibir los términos a través de los cuales el encuestado busca expresar una concepción de la moral que se aparta del pensamiento corriente, mayoritario, esta expresión puede considerarse inmadura o poco acabada. O retrotraerse hacia algo conocido, o sea identificable y reconocible dentro del marco de pensamiento moral mayoritario: la diferencia de género.

La diferencia de la voz

En un principio la voz diferente fue entendida por quienes la criticaban como una voz femenina, y la diferencia fue llevada de manera

insistente a la dimensión de género. Sin embargo, Carol Gilligan (2008: 12) sostiene que la voz diferente que describe “no se caracteriza por su género, sino por su tema”. La descripción de la voz diferente se apoya en investigaciones empíricas realizadas con hombres y mujeres, niñas y varones, excepto una que fue sobre la decisión de abortar y que registró sólo palabras de mujeres. Las mujeres no tienen el monopolio de la voz diferente. Aparece empíricamente en algunas mujeres, no en todas, y en algunos hombres también. Lo que las investigaciones de Gilligan ponen de manifiesto es que ambas perspectivas, la del cuidado (*care*) y la de la justicia, es asumida alternativamente por la mayoría de los sujetos aunque parezca imposible sostenerlas simultáneamente. La ética del cuidado no está más reservada a las mujeres que lo que la perspectiva de la justicia lo estaría a los varones.

Lo que parece comprobarse de un punto de vista empírico, partiendo de los trabajos de Gilligan, es que la adopción únicamente de la perspectiva de la justicia (la ausencia de alternancia entre los dos puntos de vista morales) se encuentra tan solo en algunos varones, jamás en las mujeres, ni entre los hombres que conciben la madurez moral de otra manera que lo postulado por el modelo de Kohlberg, o sea a través de la valoración de la autonomía y del respeto de los derechos de individuos aislados. La adopción alternativa de una u otra perspectiva no resulta tan netamente marcada por la pertenencia de género.

Estas constataciones no alcanzaron para pacificar las discusiones sobre la relación entre género y ética del cuidado. En efecto, la particular atención que las investigaciones de Gilligan les prestan a las mujeres, a lo que dicen e intentan articular, sigue siendo problemático para algunos lectores: tal atención podría legitimar la idea de una psicología y una moral femeninas, fundada en la diferencia de sexo. No obstante, el proyecto mismo de investigación se apoyaba en una observación, según la cual los puntos de vista de las mujeres no eran tomados en cuenta por las teorías psicológicas del desarrollo moral, prevalentes a principios de los años 1980, en particular por la de Lawrence Kohlberg, de quien Carol Gilligan era colaboradora (Nurock, 2010: 39-55). Se hacía necesario ponerle fin a una situación de ignorancia e incluir mujeres en las investigaciones cuyo objetivo era poner

a prueba estas mismas teorías a partir de datos empíricos que no propondrían únicamente de varones.

Esta inclusión implicaba escuchar a las mujeres, no eliminar sus respuestas en nombre de una falsa neutralidad de género. Las reticencias feministas hacia la ética de Gilligan provienen en gran parte de una lectura que hace de la “voz diferente” del cuidado, una voz femenina. Lo problemático pasaría entonces por calificar de “ética” aquello que, en realidad, no consistiría en otra cosa que imponer a las mujeres un conjunto de prescripciones normativas que refuerzan una posición de subordinación.

La lectura que asimila la voz diferente a la voz femenina tiene que ver con el malestar ante una postura empírica que toma en serio la exclusión de las voces de las mujeres y se provee de los medios para escucharlas. Esta postura deshace los presupuestos de la encuesta de Kohlberg, que concluye en la deficiencia moral de quienes no se reconocen en los esquemas de pensamiento mayoritarios, los cuales estructuran las preguntas y la escucha del encuestador. Los deshace en la práctica, al adoptar una manera diferente de escuchar y de llevar adelante una entrevista. Y esta práctica tiene efectos sustanciales sobre lo que dicen las personas entrevistadas y también sobre la reseña del investigador.

En una situación de entrevista, las personas se esfuerzan generalmente en responder a las preguntas del investigador. La entrevista clásica, particularmente en ciencias sociales, no incita a los entrevistados a discutir sobre la pertinencia de una pregunta o su formulación. Diferir la respuesta con una solicitud de tipo: “No entiendo lo que quiere decir ¿Podría reformular su pregunta?”, podría dejar al entrevistador y al entrevistado en una posición incómoda. El primero porque tendría que salirse del enunciado que se le dio o que preparó, el segundo porque podría verse como alguien con dificultades para entender una pregunta que se estima clara e inteligible para todos. Así es como las niñas que contestaron a las preguntas de Kohlberg fueron evaluadas como moralmente deficientes.

Además, tal solicitud representaría un cuestionamiento, no sólo de la exactitud de los términos empleados, sino fundamentalmente de la relación de autoridad que la entrevista presupone, por la manera de

organizar los turnos de palabra: uno pregunta, el otro responde. No corresponde que el entrevistado pregunte, invierta los roles. Poner en duda esta relación asimétrica implica disponer de recursos ante un entrevistador que representa la autoridad científica. O, para aquellos que llevan adelante una investigación, de trabajar con una epistemología o una concepción diferente de la producción de conocimiento.

Los mismos términos a través de los cuales se formulan las preguntas constriñen las posibilidades de ajuste dentro de la entrevista y, en primer lugar, la manera en que el entrevistador puede escuchar las respuestas. Es efectivamente lo que sucede, por ejemplo, entre Amy y el entrevistador, que recibe sus respuestas sobre la base de los presupuestos de la ética de la justicia (Gilligan, 2008: 49-60). Eso termina por desestabilizar a Amy, que se vuelve balbuceante, insegura y finalmente, un poco insustancial, a diferencia de su manera de expresarse cuando responde a preguntas que para ella tienen sentido, o sea, las que se plantean desde una perspectiva cercana al cuidado.

Lo que las mujeres dicen en estas entrevistas no puede ser asimilado por el pensamiento moral corriente o mayoritario. La radicalidad misma (de la tesis) de la voz diferente suscita críticas y reacciones que merman lo novedoso, al sujetarlo a los términos del pensamiento que cuestiona, tal como lo explica Carol Gilligan:

Al oír las respuestas a mi libro, a menudo he escuchado el proceso en dos etapas, sobre las cuales regreso sin descanso en mi trabajo. El proceso es aquel que consiste primero en escuchar a las mujeres y en oír algo nuevo, una manera diferente de hablar, y luego ver hasta qué punto esta diferencia se encuentra asimilada a las viejas categorías de pensamiento, de manera que pierde su novedad y su mensaje: ¿es innato o adquirido? ¿Son las mujeres mejores o peores que los hombres? Cuando escucho que mi trabajo se retoma en estos términos –¿Son los hombres y las mujeres (esencialmente) diferentes? O: ¿Cuál de ellos es mejor?– sé que perdí mi voz, porque éstas no son mis preguntas (Gilligan, 1993: xii-xiii).

La voz como resistencia

Hablar con voz diferente es hablar en primera persona. No se trata de una diferencia que se pueda domesticar tipificándola en función de variables sociológicas clásicas –sexo, raza, clase– aun si hablar en primera persona fuese hablar desde y a partir de experiencias sociales y morales instruidas y modeladas por las condiciones sociales de existencia. Pero eso no significa que lo que se dice y cuenta en primera persona sea el mero reflejo de condicionantes sociales que determinarían su contenido y estilo. Si así fuera, no se podría entender cómo es posible resistir a lo que imponen los estreñimientos sociales, desmitificar el punto de vista mayoritario que los consolida y no quedar prisionero de una definición de la realidad socialmente construida que pasa por ser el orden normal –natural– de las cosas. La diferencia de voz es indisoluble de la singularidad de la persona. Cada uno tiene “su” voz y ninguna voz puede ser confundida con otra, como la silueta, el paso, la firma (Gilligan 1993: xv-xvii). La voz es primero y ante todo una expresión encarnada de la persona, expresión de la cual se perciben directamente las modulaciones, las variaciones. Deja transparentar tensiones, estados diversos, conflictos: no es monolítica, sino polifónica (Gilligan 2003: 157-172). La diferencia es, en este sentido, un hecho, *a priori* no un problema. Por ello es también que la voz es un hecho siempre diferente.

Gilligan identifica la ética del cuidado como una manera de pensar el “sí mismo” y las relaciones con los demás que no es acorde a las normas patriarcales, para las cuales las personas se diferencian y sus cualidades se jerarquizan de manera binaria y mutuamente excluyente. Al situarse más allá del género, la voz (el *self*) pone en jaque esta moralización patriarcal que produce una disociación y la inhibición de lo que se presume verdadero e importante para los compromisos hacia los demás y uno mismo.

Las investigaciones de Gilligan, que prolongan su libro *In a Different Voice*, insisten en la manera en que la voz transforma la relación con el conocimiento. La eficacia de los dispositivos patriarcales a través de los cuales los niños se inician en las categorías binarias de género y sus normas, conduce a los sujetos a enterrar su saber (de sí

mismos, sus deseos, sus prioridades morales, la percepción de lo que les importa, de lo que saben justo en función de las circunstancias). Gilligan instruye sobre los efectos de la disociación generada por las normas patriarcales, los obstáculos que generan en las relaciones entre seres generizados, en las (im) posibilidades de integrar los conflictos en la conversación. Sin embargo, según la autora, este conocimiento se mantiene accesible para los sujetos mismos: entre otros, cuando este conocimiento puede ser escuchado (es el trabajo y objetivo de la psicóloga feminista), cuando se reconoce como un conocimiento gracias a que pudo ser compartido y discutido de manera dialógica en un marco acogedor, igualitario y no agonístico.

Al articular las expresiones morales en su diversidad, permitiendo que aparezca su coherencia y racionalidad, la obra de Gilligan contribuye directamente a la afirmación de esta voz diferente y a la consolidación de sus argumentos. Escuchar lo que las personas dicen, participar de la explicitación de estas voces múltiples (y así permitirles acceder al público) es, en ese sentido, rechazar los postulados de una empresa científica anclada en la convicción de un corte entre sujeto y objeto de conocimiento. En el dominio llamado “moral”, atribuirse una posición de experto, no es sólo delimitar los contornos del dominio y, por ende, excluir lo que no le competiría, sino evaluar, a partir de estas delimitaciones, las competencias morales de los agentes, sus capacidades críticas, reduciendo sus desacuerdos o divergencias sobre disposiciones “otras”, por ejemplo afectivas.

Los pensamientos que se desarrollan en un lenguaje diferente del que se supone que es común o compartido corren el riesgo de generar incompreensión, distorsión o ignorancia. Afectan lo que aparece como “la realidad” común. Al generar una brecha en esta aprehensión, que parece natural y evidente, la expresión de una perspectiva diferente genera una turbación que, a menudo, se lee como un rechazo razonable, “justificado” por su inadecuación al esquema dominante. La justificación tapa la brecha, al correr la discordancia hacia sus márgenes o al recalificarla, por ejemplo, como una historia de sentimientos:

Los psicólogos y los filósofos, al ajustar el sí mismo y la moralidad a la separación y la autonomía –aptitudes del gobierno de sí– asociaron el cuidado al sacrificio de sí o a los sentimientos, una visión [que se encuentra] en contradicción con la posición que actualmente se sostiene, para la cual el cuidado representa un modo de conocimiento y una perspectiva moral coherente. (Gilligan, 1987: 41)

Prácticas de cuidado y relaciones de poder

En la perspectiva del cuidado, en lo ordinario de la vida, es decir en las realidades cotidianas del lazo humano y la interdependencia de seres vulnerables, se sitúan las fuentes de la ética. Y volviendo a lo ordinario de las vidas humanas y a las relaciones sociales que las constituyen, se pueden desbaratar los efectos de las concepciones mayoritarias (Lau-gier, 2009: 159-200).

La importancia del cuidado para el mantenimiento de la conversación humana y su emergencia como cuestión política dependen de una concepción holística, condición de imaginación sociológica como lo hizo entender Wright Mills. Es efectivamente esta concepción la que permite plantear un argumento político en favor de una ética del cuidado, como lo ha hecho Joan Tronto. La concepción holística del cuidado aprehende la ética en el registro de las prácticas concretas, conectando los fragmentos dislocados en un conjunto inteligible.

Para forjar un concepto político del cuidado, Tronto desarrolla su reflexión a partir de una construcción que ancla la ética del cuidado en actividades que la expresan y la sostienen. Estas actividades y prácticas del cuidado se consideran, desde su aspecto colectivo y organizado, en contra de la visión fragmentada del cuidado como miriada de relaciones duales, interpersonales, sean informales o institucionalizadas. El cuidado es un proceso y su realización –así como su calidad– se entiende mejor estableciendo varias fases o momentos morales que concurren a su cumplimiento, viéndolo en diferentes escalas, desde las relaciones locales hasta las transnacionales (Tronto, 2013).

En esta perspectiva, el trabajo de cuidado (el hecho de brindar directamente el cuidado o *caregiving*) aparece como un aspecto o un momento en el proceso continuo en y por el cual los diferentes aspectos o momentos morales del cuidado son implementados y concurren en “mantener, continuar o reparar nuestro ‘mundo’ de manera tal que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades (*selves*) y el entorno que buscamos tejer juntos, en una red compleja que sostiene la vida” (Fisher y Tronto, 1990). El proceso de cuidado es esta construcción que permite juntar y dar coherencia a una serie de actividades que, de otra manera, aparecen como fragmentadas, marginalizadas, por encontrarse “contenidas” dentro de “fronteras morales” –*Moral Boundaries*– que reducen su importancia al mantenimiento de la vida humana. Las “fronteras morales” designan algunas ideas cuya eficacia está ligada con el contexto político en el cual se encuentran y que “funcionan como fronteras, en tanto excluyen toda consideración de otras ideas de la moral” (Tronto, 1993: 32-33). De hecho, determinan lo que son las cuestiones morales importantes, dejando las cuestiones del cuidado en la periferia. Cabe preguntarse, como se verá más adelante, si las fronteras disciplinarias no actúan como fronteras morales en las ciencias sociales o, al menos, como aliadas, al otorgarles a estas delimitaciones una legitimidad y autoridad científicas.

El análisis del cuidado como proceso permite conceder un estatus a las disparidades características de las diferentes posiciones en ese proceso, en particular en las maneras de considerar y de responder a las necesidades de las trabajadoras del cuidado y de sus allegados.

En nuestra sociedad, el cuidado no funciona de manera igualitaria. La distribución del trabajo de cuidado y sus beneficiarios contribuye a mantener y reforzar los modelos existentes de subordinación. Los que asumen el trabajo concreto son aún más rebajados, ya que sus necesidades no son tan importantes como las de aquellos suficientemente privilegiados como para poder pagarles a otras personas para ocuparse de ellos (Tronto, 2009: 161).

El proceso de cuidado consiste entonces en una construcción que, al identificar los diferentes momentos morales necesarios a su producción,

brinda una perspectiva sobre la organización social de las diferentes actividades. Ésta permite apreciar la coherencia o incoherencia de una forma particular de organización, y hacer visibles las líneas de fuerzas sociales en función de las cuales se distribuyen los lugares en esa organización.

Reconocer, en un caso dado, la necesidad de un cuidado –una carencia a la que hace falta responder (*to care about*) –, tomar las disposiciones necesarias para que encuentre esa respuesta (*to take care of*), aportar directamente la respuesta o el cuidado (*caregiving*) y recibirla (*care receiving*), constituyen los elementos del proceso que pueden ser disociados y fragmentados, al ser asociados a posiciones sociales jerarquizadas en la división del trabajo. Las dos primeras fases corresponden a obligaciones de los grupos más poderosos, y las dos últimas son dejadas a los grupos más subordinados.

Cuando, en nuestra sociedad, la organización del cuidado es examinada desde un punto de vista crítico, los modelos que surgen ilustran de qué manera [esta organización] nos da una idea de las posiciones de poder y de sujeción. El cuidado aparece como una preocupación de los que menos poder o importancia tienen en la sociedad. [...]Ironía del asunto, es el considerable poder real del cuidado lo que vuelve necesario su confinamiento (Tronto 2009: 168).

Fronteras disciplinarias

Las relaciones de poder que contiene el cuidado y su alcance político pueden detectarse, como lo hace Tronto, en la organización de sus actividades y responsabilidades. Asimismo pueden detectarse, como se ha planteado, en la organización y producción de conocimiento en ciencias sociales. Estos dos aspectos están, evidentemente, ligados.

La importancia del cuidado sigue siendo ampliamente ignorada por las teorías sociales y políticas mayoritarias. En el mejor de los casos, los conocimientos sobre el asunto son parciales y fragmentarios –al ser segmentados entre diferentes especialidades y sus propias divisiones entre objetos y dominios: salud, migración, familias, políticas públicas–, a falta

de una gramática que permita captar que estos conocimientos parciales pueden relacionarse y asir el significado político de esta fragmentación.

Generalmente identificada a partir de la discusión filosófica sobre la teoría de la justicia, la ética feminista del cuidado sigue percibiéndose, en Francia, como una perspectiva poco pertinente para las ciencias sociales. Sin embargo, no se puede decir que las ciencias sociales mayoritarias ignoren por completo los análisis del cuidado. En sociología, las temáticas del mercado laboral y de la división del trabajo son las que permitieron que se desarrollaran conocimientos sobre el tema, partiendo de investigaciones sobre: los oficios del cuidado (Hirata, 2011); las migraciones transnacionales de mujeres para el trabajo doméstico y el cuidado domiciliario (Hochschild, 2002; Parreñas, 2001); la organización del trabajo en instituciones o en domicilio en función de los tipos de dependencias, tal como han sido delimitados por las políticas sociales (Avril, 2008); la economía del cuidado, el desarrollo del sector y la “profesionalización” de los “servicios a la persona”, para retomar el vocabulario consagrado por la Ley Borloo¹⁰⁴ en 2005 y la Agencia Nacional de los servicios a la persona (Folbre, 2006; Jany-Catrice, 2010 y Weber, 2003). Las investigaciones que ubican al trabajo en el centro de la exploración del cuidado pueden asimismo conducir a explorar los procesos globalizados –económicos, sociales y políticos– que marginalizan y desvalorizan este trabajo sobre el cual se apoyan (Zimmerman, 2006). Sin embargo, son escasos los trabajos en sociología que integran explícitamente en sus problemáticas las cuestiones normativas y políticas que inaugura la ética del cuidado acerca de la justicia, la ciudadanía, las relaciones de poder, las vulnerabilidades y las responsabilidades. Los trabajos académicos privilegian la dimensión descriptiva del concepto, al que disocian de la dimensión normativa del cuidado y de su alcance político. Es en particular, el caso del enfoque del cuidado que lo define antes que nada como trabajo y oficio. La ética que nutre la perspectiva

¹⁰⁴ La Ley Borloo o Ley de Cohesión Social sancionada el 18 de enero de 2005 en Francia trata sobre el desarrollo de los “servicios a la persona”, los cuales abarcan los oficios de asistencia a las personas en sus quehaceres cotidianos, con el objetivo de crear cientos de miles de empleos. La ley simplifica el acceso a estos servicios por parte de empleadores particulares, reduce los gastos de contratación y apunta a una mayor profesionalización del sector (NDT).

política del cuidado es arrojada hacia los márgenes del cuadro, hacia los lindes de los campos protegidos de las disciplinas.

Una división tradicional del trabajo académico tiende a separar el trabajo de la ética del cuidado, de sus actividades, apelando a una descripción sociológica, mientras que la ética requiere de un análisis filosófico, que podría disociarse de las prácticas concretas de la preocupación por los otros. Esa misma división del trabajo académico que separa las perspectivas descriptivas de las normativas, el sujeto y el objeto de conocimiento, segmenta el análisis del asunto en una multitud de escenas y especialidades, opacando la organización más amplia del proceso social del cuidado y la dimensión política de su ética. La fragmentación del cuidado en función de líneas de fuerzas sociales se encuentra reforzada por la del conocimiento que así, la redobla (Paperman, 2013).

En este marco, los enfoques sociológicos corren el riesgo de producir reseñas parciales, desconectadas de los desafíos políticos y críticos de la perspectiva feminista del cuidado. Desplegar las potencialidades críticas del concepto de cuidado requiere, posiblemente, sacudir las fronteras disciplinarias que llevan a aminorar su dimensión normativa.

En las producciones académicas en sociología, las actividades de cuidado “reservadas” a las categorías subalternas focalizan la atención en relación con un conjunto más amplio de actividades “a través de las cuales actuamos para organizar nuestro mundo de manera que podamos vivir en él lo mejor posible” (Tronto 2009: 13). Son, efectivamente, parte de la producción del cuidado todo un conjunto de prácticas diferentes, que se apoyan en competencias profesionales y técnicas (por ejemplo, de cura, como los médicos y los cirujanos; de seguridad, como la policía) pero cuyo aporte no se considera un trabajo u oficio de cuidado. Este queda reservado a las posiciones subalternas y la parte de “trabajo sucio”, puesta a distancia de las posiciones superiores que pueden asumir funciones “nobles”. El género permanece central en estas maneras de separar profesiones nobles y oficios menos nobles, que requieren competencias profesionales o, a la inversa, abiertas al saber hacer sin calidad y, por ende, naturalizables como actividades de mujeres. Además, en sociedades que valoran la autonomía, reconocer oficialmente la participación de estas actividades prestigiosas en el

proceso de cuidado entraña el riesgo de volver visibles los privilegios de algunos. Es por eso que el cuidado se mantiene visible tan sólo en parte, una parte cuidadosamente circunscrita: a las mujeres, a los pobres, a las personas inmigradas.

La división del trabajo académico organiza la invisibilización del cuidado, al fragmentar las prácticas en porciones conformes a las normas del saber dominante. Tal como lo mostró Patricia Hill Collins (2000), la matriz de la dominación descansa en una serie de dicotomías que son jerarquizantes: teórico/empírico, hechos/valores, agentes/estructuras, razón/emoción, cultura/naturaleza, blanco/negro... hombre/mujer. Aunque no ofrezca una visión unificada de lo social, la sociología ocupa un lugar crucial en esta organización del saber dominante, por hacer usos no críticos de estas dicotomías.

Experiencias y conocimientos del cuidado

Una perspectiva feminista sobre la ética y lo político que reconoce en el concepto de cuidado su potencialidad crítica implica sustituir las dicotomías eruditas a través de un enfoque diferente –relacional, holístico– de los fenómenos sociales/morales del trabajo y de las responsabilidades del cuidado. Además de los conocimientos del mundo social que posibilita, esta perspectiva permite dar cuenta del desconocimiento del cuidado y su “invisibilización” organizados por los paradigmas dominantes o mayoritarios de las ciencias sociales. Este desconocimiento organizado refuerza las relaciones de poder que lo mantienen en el registro de lo infra-político. Los conocimientos que se producen sobre el mundo social con base en una postura de neutralidad axiológica ignoran lo que los puntos de vista ordinarios, que también pueden ser morales, saben del mundo social, tratándolos como puntos de vista particulares. El conocimiento de las actividades de cuidado descansa en una comprensión de lo que sucede en estas relaciones y sus efectos en las formas de vida humana. Esta comprensión y ese conocimiento son inherentes a las experiencias de los diferentes protagonistas y es en su confrontación que puede emerger un

conocimiento construido y validado de manera dialógica (Smith, 2004, 2005; Collins, 2009). El conocimiento del cuidado como proceso organizado de actividades comienza con el conocimiento que de ellas tienen los protagonistas a menudo excluidos como sujetos: trabajadores y trabajadoras del cuidado, cuyo trabajo puede ser remunerado o gratuito, realizado en el seno de las familias o en instituciones de cuidado y en los servicios que de ellas dependen (en particular los asistentes gerontológicos, auxiliares de vida, etc.).

Un análisis sociológico en la perspectiva del cuidado no está destinado a explicar la emergencia y la constitución de “hechos morales” a partir de una posición distante (la del teórico experto), ni a “observar” modalidades de acuerdo y juegos de justificaciones cruzadas en situación. Ha de iniciarse con el conocimiento y la comprensión morales que los sujetos tienen de su actividad. Esta comprensión y conocimiento se producen en el transcurso mismo de la investigación (en el sentido que le da a esta noción el pragmatismo de Dewey), llevada adelante por proveedores de cuidado que asumen la responsabilidad del bienestar de otros y de sí mismos, aun cuando esta responsabilidad no es formalmente instituida. ¿Cómo hacer lo mejor para mantener las relaciones con los otros, cercanos o menos cercanos; cuidar de aquellas personas que necesitan de una atención particular por su situación de dependencia; preservar un mundo humano? Estas prácticas identifican y responden a situaciones problemáticas que son las de la vida de todos los días y todas las noches, como las llama Dorothy Smith. Estas prácticas exploran dichas situaciones al buscar cuidar del mundo común.

En la perspectiva del cuidado, renunciar a una postura monológica aparece como condición de investigación. Implica que el conocimiento no pueda ser producido por un sujeto que ocupa una posición de observación, que le permitiría acceder a la “verdad” del fenómeno. Las críticas de las feministas negras, así como los estudios postcoloniales y subalternos (*subaltern studies*), subrayaron que la postura monológica se encuentra en la raíz del racismo en el seno del feminismo. La imposibilidad de las feministas –blancas– de concebir que ellas no representen a todas las mujeres se entiende mejor como una dificultad de reconocer a otros sujetos. En este sentido, autoras como Walker, Tronto, Narayan,

Harding, Collins y Code insistieron en la necesidad de implementar un método de análisis o de investigación colaborativa o dialógica, a partir del cual el conocimiento y la comprensión resultan de la confrontación entre una diversidad de sujetos igualmente involucrados. A diferencia de la postura monológica, este método no elude la cuestión del poder entre los diferentes sujetos participantes. Una concepción holística –y pragmática– del cuidado vuelve a darles lugar a los conocimientos y comprensiones elaborados desde puntos de vista desestimados en función de líneas de género, clase, raza y otras líneas divisorias. Estos puntos de vista no funcionan con las categorías dicotómicas de los pensamientos dominantes (que no están hechas para integrarlos).

Esta postura converge, junto con numerosos análisis, hacia la necesidad de transformar los métodos y objetivos de los análisis que conforman el campo de las ciencias sociales. No faltan ni predecesores ni contemporáneos para indicar la dirección a seguir, desde la teoría de Dewey hasta las epistemologías feministas, pasando por la etnometodología, la sociología de la crítica, el Goffman de *Asylums*, el *Black Feminism*. Más allá de sus particularidades, estos análisis comparten la voluntad de mostrar la importancia de los puntos de vista que no aparecen como productores de conocimiento y, al mismo tiempo, la falsa neutralidad de las versiones oficiales de la realidad que ignoran su propia parcialidad. Estos enfoques relacionales de lo social ofrecen alternativas a los métodos asociados con el individualismo metodológico y con concepciones estructuralistas de lo social. Abren hacia una comprensión de los fenómenos sociales que se hace cargo de los puntos de vista de las personas y los grupos, en tanto se constituyen por y en las relaciones. No obstante, tanto los análisis del cuidado como proceso social como los análisis políticos que interrogan los modos de asignación de las responsabilidades del cuidado, deben inventar nuevas formas de trabajar con lo que estos puntos de vista, llamados ordinarios, saben del mundo social desde las experiencias de sus relaciones.

Referencias

Avril, Ch. (2008): "Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude" en *Retraite et Société*, 1, n°. 53, pp.50-65.

Fisher, B. y Tronto, J. (1990): "Towards a Feminist Theory of Care" en Nelson M., A. (2009) *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*. New York: State University of New York.

Hill Collins, P. (1989): "La construction sociale de la pensée féministe Noire" en Dorlin, E. (comp.) (2008), *Black feminism. Anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000*, Paris: L'Harmattan.

Hill Collins, P. (2000): *Black Feminist Thought. Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*. New York y Londres: Routledge

Folbre, N. (2006): "Measuring Care: Gender, Empowerment, and the Care Economy", *Journal of Human Development*, 7(2).

Gilligan, C. (1982): *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press.

Gilligan, C. (1987): "Moral Orientation and Moral Development", en Held, V. (dir.) (1995), *Justice and Care Essential Readings in Feminist Ethics*, Colorado: WestviewPress.

Gilligan, C. (2003): "On the Listening Guide: A voice-Centered Relational Method" en Camic, P., Rhodes, J., Yardley, L., (eds.) *Qualitative Research in Psychology. Expanding Perspectives in Methodology and Design*, Washington D.C., APA Books, p.157-172.

Gilligan, C. (2008): *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris: Champs Flammarion.

Gilligan, C. (2010): "Un regard prospectif à partir du passé", en Nurock, V. (dir.) *Carol Gilligan et l'éthique du care*, Paris: P.U.F.

Rhodes, J., Richards, D. (2009): *The Deepening Darkness. Patriarchy, Resistance, and Democracy's Future*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.

Hirata, H. (2011): "Genre, travail et care : l'état des travaux en France", *Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho*, 16, n° 26, 2011, 37-56.

Hochschild, A. R., Ehrenreich, B. (dir.) (2002): *Global Woman. Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*. New York: Henry Holt and Company.

Jany-Catrice, F. (2010): "La construction sociale du 'secteur' des services à la personne: une banalisation programmée ?", *Sociologie du travail*, vol. 52, n°4, pp. 521-537.

Kohlberg, L. (1981): *The Psychology of Moral Development* vol.1. New York: Harper and Row.

- (1984): *The Psychology of Moral Development*. vol.2, New York: Harper and Row.

Laugier, S. (2009): " Le sujet du care : vulnérabilité et expression ordinaire",

en Molinier, P.; Laugier, S.; Paperman, P. (dir.), *Qu'est-ce que le care?*, Paris: Payot/Poches.

Laugier, S. (2010): "L'éthique d'Amy : Le care comme changement de paradigme en éthique", en Nurock, V. (dir.), *Carol Gilligan et l'éthique du care*, Paris: PUF.

Molinier, P. (2013): *Le travail du care*. Paris: La Dispute.

Molinier, P.; Laugier, S.; Paperman, P. (dir.) (2009): *Qu'est-ce que le care?* Paris: Payot/Poches.

Nurock, V. (2010): "Le berceau du care: être et devoir être", en Nurock, V. (dir.), *Carol Gilligan et l'éthique du care*, Paris: PUF.

Okin, S. M. (1989): *Justice, Gender, Family*. New York: Basic Books.

Okin, S. M. (1990): "Thinking Like A Woman", en Rhode, D. (ed.), *Theoretical Perspectives on Sexual Difference*, New Haven: Yale University Press, pp. 145-159, 288-91.

Paperman, P. (2013): *Care et sentiments*. Paris: PUF.

Parrenas, R. (2001): *Servants of Globalization*. Stanford: Stanford University Press.

Pateman, C. (2010): *Le contrat sexuel*. Paris: La Découverte.

Smith, D. (2004): *Writing the Social: Critique, Theory and Investigations*. Toronto: University of Toronto Press.

- (2005): *Institutional Ethnography: Sociology for People*. New York: Alta-Mira Press.

Tronto, J. (1993): *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New-York/ Londres: Routledge.

- (2009): *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. Paris: La Découverte.

- (2013): "Particularisme et responsabilité relationnelle en morale", en Gilligan, C.; Hochschild, A.; Tronto, J., *Contre l'indifférence des privilégiés*, Paris: Payot.

Weber, F.; Gojard, S.; Gramain, A. (eds) (2003): *Charges de famille. Parenté et dépendance dans la France contemporaine*. Paris: La Découverte.

Zimmerman, M.; Litt, J.; Bose, Ch. E. (eds.) (2006): *Global Dimensions of Gender and Care Work*. California: Stanford.

Sobre las autoras

Silvia M. Balzano, antropóloga, CONICET/UCA (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas/Universidad Católica Argentina), Argentina

Natacha Borgeaud-Garciandía, socióloga, CONICET/FLACSO (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales), Argentina

Estefanía Cirino, socióloga, IIGG/UBA (Instituto de Investigación Gino Germani/ Facultad de Ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires), Argentina

Liliana Findling, socióloga, IIGG/UBA (Instituto de Investigación Gino Germani/ Facultad de Ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires), Argentina

Helena Hirata, socióloga, CNRS/CRESPPA/GTM (Centre national de la Recherche scientifique/Centre de Recherches sociologiques et politiques de Paris/Genre, travail, mobilités), Francia

María Paula Lehner, socióloga, IIGG/UBA (Instituto de Investigación Gino Germani/ Facultad de Ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires), Argentina

María José Magliano, historiadora, CONICET/CIECS (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas/Centro de Investigaciones y Estudios sobre la Cultura y la Sociedad), Argentina

Ana Inés Mallimaci Barral, socióloga, CONICET/IIEGE (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas/ Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género), Argentina

Pascale Molinier, psicóloga, UTRPP/Universidad París 13 SPC (Unité transversale de Recherche psychogenèse et psychopathologie), Francia

Patricia Paperman, socióloga, LEGS/Universidad París 8 (Laboratoire d'Études de Genre et de Sexualité), Francia

Cecilia Ros, psicóloga, UNLa (Universidad Nacional de Lanús), Argentina

Miriam Wlosko, psicóloga, UNLa (Universidad Nacional de Lanús), Argentina

¿En qué consiste cuidar?
¿Qué implica el trabajo de cuidado?
¿Por qué resulta tan importante,
a pesar de su invisibilidad social,
aprender a verlo y a escuchar las
voces de quienes se dedican a él?
Lejos de una imagen idealizada,
las contribuciones que conforman
este libro revelan su complejidad
propia, sus exigencias físicas,
relacionales y emocionales.
En efecto, el cuidado condensa
tensiones y problemáticas sociales
capaces de interpelar más allá
de cada situación concreta,
brindándonos elementos para
pensar cómo se estructuran las
relaciones sociales.

Este libro se aboca al análisis del
trabajo remunerado de cuidado,
partiendo de las experiencias
concretas de quienes lo realizan,
tanto en el ámbito doméstico
como institucional. Las autoras,
especialistas del tema, ofrecen
en sus textos reflexiones agudas
sobre las diversas problemáticas
que se desprenden de su análisis.

Natacha Borgeaud-Garciandía

es Doctora en Sociología.
Trabaja como investigadora
del Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET) en la Facultad
Latinoamericana de Ciencias
Sociales (FLACSO), Ciudad de
Buenos Aires, Argentina.

EDITA **Fundación
Medifé**

COLECCIÓN
**HORIZONTES
DEL CUIDADO**

