

Grupo 14: Género, mercado laboral y economía del cuidado

Modelos de cuidado y políticas públicas: su relación con el empleo, la formación y cualificación de las trabajadoras en el cuidado en domicilio de dependientes. Análisis comparado entre Barcelona y Montevideo

Erika Van Rompaey

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

evrgiuria@gmail.com

Todas las sociedades deben dar respuesta a la demanda de cuidados que tiene una parte importante de la población que se encuentra en situación de dependencia¹ y que, por tanto, requieren de la ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana. Más allá de que las familias y, en particular, las mujeres al interior del hogar continúen siendo claves en la provisión de los cuidados de los familiares bajo la modalidad del trabajo no remunerado, la existencia de una política pública que incorpore prestaciones (monetarias y servicios) en materia de cuidados, puede apoyar a las familias en esta tarea y promover una sociedad más equitativa a nivel social y de género, donde el derecho a dar y recibir cuidados de los ciudadanos-as puedan ser garantizados (Knijn y Kremer, 1997). Asimismo, las políticas públicas orientadas a los cuidados se vuelven cada vez más necesarias ante el escenario de “crisis o déficit de cuidados” (Hochschild, 1998), que caracteriza desde hace varias décadas a las sociedades occidentales contemporáneas y que supone la tendencia creciente de aumento de la demanda de cuidados, a la par que una disminución de su oferta². A su vez, en la medida en que gran parte de las personas adultas y

¹ Se utiliza la noción de dependencia adoptada en el Consejo de Europa, Resolución (98) 9, del 18 de septiembre de 1998, que la define como “*el estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria*”.

² La emergencia de este fenómeno está ligada al aumento de enfermedades o discapacidades asociadas al progresivo envejecimiento de la población y de la población mayor de ochenta años, así como el aumento de los accidentes y, por consiguiente, del incremento de las “situaciones de dependencia” a ser atendidas (Escuredo, 2007). Por otro lado, la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo, quienes tradicional e históricamente asumieron el trabajo no remunerado de cuidados en la esfera privada y familiar, así como nuevas formas o arreglos familiares, se traducen en una reducción del tiempo de cuidado, otrora destinado por éstas al cuidado al interior de los hogares. A esto se le añade la transformación de los patrones culturales que generaron nuevas elecciones y estilos de vida más independientes (Jacobzone *et al.*, 2000), así como rupturas frente a los tradicionales roles asociados al género, implican que las mujeres o bien ya no puedan o no quieran continuar asumiendo en solitario la responsabilidad por el cuidado de las personas en situación de dependencia.

adultas mayores dependientes optan por vivir en su domicilio³, la demanda respecto a los cuidados personales en domicilio es cada vez mayor. La provisión de cuidados en domicilio puede asumir distintas formas que varían en función de si existe o no una política pública orientada a los cuidados en el marco de la cual se provean servicios públicos específicos de atención domiciliaria. En este sentido, en el caso barcelonés, la existencia de una política pública en materia de cuidados y la existencia del Servicio de Atención en Domicilio (SAD) que forma parte de la red de servicios sociales primarios del Ayuntamiento de Barcelona, brinda la posibilidad al dependiente de contar con la ayuda de un trabajador-a para realizar las actividades básicas de su vida. En contraposición, en el caso montevideano, la no existencia de una política pública orientada a los cuidados, así como la inexistencia de un servicio público de atención en domicilio, conduce a que tan sólo aquellos-as dependientes con capacidad financiera o contraten directamente a una trabajadora remunerada y-o contraten un servicio de acompañamiento ofrecido por empresas para cuando las personas dependientes requieran el acompañamiento en sanatorio o domicilio en casos de enfermedad. En el caso barcelonés el Servicio de Atención en Domicilio (SAD) es un servicio de carácter público que forma parte de la Cartera de Servicios del Programa de Servicios Sociales de Atención Domiciliaria del Ayuntamiento de Barcelona. Que sea un servicio público implica que el Ayuntamiento es responsable de la dirección y control del servicio público mediante la supervisión del contrato que establece con la empresa u organización que realiza la gestión directa del servicio. Las empresas u organizaciones de la sociedad civil que llevan a cabo dicha gestión del servicio tienen la obligación de aportar todo el personal necesario y suficiente para la realización del objeto del contrato de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas en el pliego⁴. Así, el personal que ejecuta la prestación del servicio, entre el que se encuentra las trabajadoras que se encargan del cuidado personal del dependiente en domicilio, depende únicamente de la empresa adjudicataria del servicio, aunque debe

³ Según datos del Panorama de la vejez en Uruguay, más de la mitad de los adultos mayores en el Uruguay, vive solo o con su pareja. Asimismo, el Libro Blanco sobre la dependencia, plantea un panorama similar en España.

⁴ El pliego de condiciones actúa como modelo de referencia de la prestación del servicio a la comunidad al que se aspira, estableciendo las reglas de juego que pautan la relación contractual del Ayuntamiento y los proveedores (empresas u organizaciones de la sociedad civil). El pliego incorpora cláusulas económicas, administrativas y técnicas que rigen el contrato que tiene por objeto la gestión del SAD en el marco de los servicios sociales básicos del Ayuntamiento de Barcelona.

ajustarse a las regulaciones técnicas que enmarcan el servicio, entre las que se incluye la formación mínima requerida para el acceso al empleo.

La atención personal domiciliaria es el servicio definido como el soporte a personas o familias que se realiza en el domicilio de la persona beneficiaria y que está dirigido fundamentalmente al cuidado de la persona o personas vinculadas, con la finalidad de promover y mantener su autonomía personal, fomentar hábitos saludables y adquirir habilidades básicas tanto para el desarrollo personal como de la unidad de convivencia en el domicilio y en la relación con la comunidad. Los usuarios o personas destinatarias del mismo son las personas o familias que presentan dificultades o limitaciones en su vida diaria para realizar las tareas relacionadas con su auto cuidado, mantenimiento adecuado del entorno doméstico y-o que requieren el soporte para el mantenimiento de su vida familiar, social o relacional y que están necesitados por razones de pérdida o riesgo de pérdida de la autonomía de un soporte temporal o permanente para poder estar en su entorno habitual.

Por otra parte, el caso montevideano el servicio de acompañamiento provisto por las empresas es de carácter privado y es ofrecido a clientes ante eventuales casos de enfermedad certificada médicamente. La diferencia más importante con respecto al servicio en el caso barcelonés es que la empresa no está sometida a controles por parte del Estado respecto a la calidad de la prestación del servicio, así como tampoco existen regulaciones relativas a las condiciones técnicas para su realización. La empresa ofrece a sus clientes distintas modalidades de servicio de acompañamiento. El servicio básico ofrecido es el de acompañamiento en sanatorio, que incluye el acompañamiento en el domicilio de la persona convaleciente por la misma cantidad de días que el usuario-a estuvo internado en sanatorio. Asimismo, ofrecen un segundo tipo de servicio en domicilio que se denomina “domicilio especial”, que consiste en el acompañamiento del usuario en domicilio ante una situación de enfermedad aunque no haya tenido previamente una internación. Este servicio es ejecutado directamente por las trabajadoras que cumplen la función de acompañamiento al paciente que se encuentra en un estado de salud delicado tanto en su domicilio como en el sanatorio.

A pesar de que los servicios de atención o acompañamiento en domicilio han adquirido especial relevancia en la actualidad dado el crecimiento de su demanda, a nivel académico

son escasas las investigaciones que se centran en el análisis de la relación entre la formación y el empleo de cuidado personal en domicilio vinculada al servicio de atención o acompañamiento en domicilio. Por ello, esta ponencia plantea algunos avances de una investigación más amplia y que aún no se encuentra acabada, cuya finalidad es estudiar comparadamente dicha relación en Montevideo y Barcelona, con el propósito analizar cómo incide la existencia o no de una política pública (y el modelo de cuidado implícito o explícito) en dicha configuración⁵.

En concreto, esta ponencia plantea algunas cuestiones clave para comprender mejor la relación entre la formación y el empleo de cuidado personal en domicilio de personas en situación de dependencia. Para ello, en primer lugar se analizan las diferencias formativas de las trabajadoras montevidéanas y barcelonesas como resultado de una estrategia de acceso al empleo que está condicionada por la existencia o no de una regulación pública que establezca la formación específica en cuidados como requisito de acceso al empleo. Por otro lado, se analizan las diferencias en función de la formación específica como una estrategia para adquirir las competencias necesarias para desempeñarse en el empleo por parte de las trabajadoras. Dichas estrategias dependen del tipo de competencias que requieran ser efectivamente movilizadas por las trabajadoras en sus prácticas y rutinas de trabajo. A su vez, las competencias efectivamente movilizadas en el puesto de trabajo, están condicionadas por las características del empleo y, de manera más general, son moldeadas por la naturaleza del servicio de atención o acompañamiento en domicilio (servicio de carácter público o privado), así como por las características de la oferta formativa en materia de cuidados en cada ciudad analizada. En tercer lugar, se presentan distintas aproximaciones conceptuales en torno a la noción de cualificación (la cualificación como construcción social y como construcción social sexuada) y su vinculación con las competencias específicas asociadas a los trabajos de cuidado, para finalmente analizar si el empleo de cuidado personal en domicilio es o no es cualificado.

⁵ Para ello, la estrategia de investigación adoptada es cualitativa y se basa en entrevistas semiestructuradas realizadas a trabajadoras contratadas por empresas que ofrecen el servicio de atención domiciliaria o acompañamiento, encargados de Recursos Humanos de dichas empresas e informantes calificados. En Barcelona se entrevistan trabajadoras contratadas por empresas que gestionan el servicio público de atención domiciliaria (SAD) y en Montevideo se entrevistan trabajadoras contratadas por empresas que ofrecen el servicio de acompañamiento en domicilio.

Las estrategias formativas diferenciadas en Montevideo y Barcelona

Las diferencias a nivel de la formación específica en materia de cuidados de las trabajadoras que se reflejan en la tabla 1., son el resultado de estrategias formativas diferenciadas desarrolladas por las trabajadoras en Barcelona y Montevideo. Para comprender las distintas estrategias formativas de las trabajadoras reflejadas en dicha tabla, es preciso realizar una distinción conceptual de las mismas. Por un lado, se analizan las diferencias formativas como resultado de una estrategia de acceso al empleo y por otro lado, se las analiza como estrategia para adquirir las competencias necesarias para desempeñarse en el empleo.

La formación específica como estrategia de acceso al empleo

Las diferencias a nivel de la formación específica de las trabajadoras en ambas ciudades es el resultado de estrategias adoptadas por éstas para acceder al empleo. Barcelona y Montevideo se distinguen respecto a la existencia o inexistencia de una regulación pública que establece una formación específica en cuidados básica como requisito de acceso al empleo.

En concreto, en Barcelona, el pliego de condiciones técnicas que enmarcan y regulan la gestión del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) de carácter público que llevan a cabo las empresas, **establece una formación básica específica en cuidados** como requisito de acceso al empleo (como mínimo se debe estar en posesión de un título que certifique haber realizado un curso de geriatría o auxiliar de enfermería de una duración de entre 300 a 450 horas). Por ello, como puede observarse en la tabla, en Barcelona todas las trabajadoras ha realizado un curso de formación específica en cuidados curso de auxiliar en geriatría o de auxiliar en enfermería que constituye el requisito formativo mínimo exigido por el Ayuntamiento y, por tanto, por las empresas u organizaciones de la sociedad civil que las contratan. En contraposición, en Montevideo no sólo no existen servicios públicos de atención domiciliaria, si no que tampoco existe una normativa o regulación pública que obligue a las empresas que ofrecen el servicio de acompañamiento a establecer un requisito formativo básico para el acceso al empleo por parte de las trabajadoras. Por ello, como se

refleja en la tabla, existen trabajadoras que no tienen ningún tipo de formación específica en cuidados o áreas similares (casos 32, 34, 39 y 41). Así, las empresas cuentan con la posibilidad de contratar a trabajadoras que no cuentan con una formación específica en cuidados. Sin embargo, la empresas de acompañamiento en Montevideo, obligan a las trabajadoras a realizar una formación específica en cuidados obligatoria de una duración de 8 horas.

Tabla 1. Cursos de formación específica en cuidados realizados por cada trabajadora en Barcelona y Montevideo

			Trabajadoras (cada número se corresponde con una trabajadora)
Barcelona	Formación no reglada	Curso Auxiliar geriatría (350 a 450 horas)	1, 2, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 19, 20, 21, 25
		Curso Auxiliar enfermería (350 a 450 horas)	6, 11, 17, 21, 26
		Curso Trabajadora familiar (600 a 750 horas)	3, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 24
	Formación reglada	FPGM Técnico-a en atención socio-sanitaria	4, 25
		FPGM Auxiliar enfermería	4, 8, 25
Montevideo	Formación reglada	Técnica en fisioterapia (terciario)	43, 44
		Auxiliar enfermería de Escuela Enfermería (terciario)	30
	Formación no reglada	Auxiliar enfermería Cruz roja u otros centros	29, 31, 33, 35, 36, 37, 45
		Curso acompañante calificado en empresas de acompañamiento	27, 28, 31, 35, 38, 40

La formación específica como estrategia de adquisición de competencias necesarias para desempeñarse en el empleo

Por un lado, la formación específica en cuidados como estrategia de adquisición de las competencias necesarias para desempeñarse en el puesto de trabajo, depende del tipo de competencias que requieran ser efectivamente movilizadas por las trabajadoras en sus

prácticas y rutinas de trabajo. A su vez, las competencias efectivamente movilizadas en el puesto de trabajo, están condicionadas por las características del empleo y, de manera más general, por como éstas están moldeadas por las características del servicio de atención o acompañamiento en domicilio.

Ahora bien, ¿cuáles son las características comunes del empleo en ambos contextos estudiados que hacen que la mayor parte de las trabajadoras consideren que la formación específica en cuidados, así como la formación continua sea tan relevante para poder desempeñarse en este trabajo?.

La esencia del empleo de cuidado personal en domicilio consiste en brindar ayuda a las personas en situación de dependencia, de enfermedad o convalecencia para que ellas puedan realizar las actividades básicas de la vida diaria. Supone estar al servicio del otro y velar por su bienestar. Las personas que requieren cuidado en general se encuentran en situaciones críticas, tienen múltiples problemas (tanto físicos como emocionales) y la trabajadora debe vincularse con ellas en calidad de soporte de las mismas (lo que supone no sólo realizar las tareas asistenciales vinculadas a las movilizaciones, higiene corporal, etc. sino que también implica realizar tareas de soporte emocional), además de ayudar a resolver cualquier tipo de urgencia o problema que le surjan al usuario mientras está en el servicio. Todo ello implica que la trabajadora trabaja no sólo con una gran presión (por la cantidad de urgencias y problemas a atender, así como tareas a realizar), sino que es un trabajo altamente demandante a nivel físico y emocional, a lo que se le agrega la gran responsabilidad que deben asumir en soledad (a pesar de que puedan contar con mayor o menor apoyo de la empresa) mientras están a cargo del usuario-a en su domicilio. Muchas veces supone para la trabajadora lidiar y contactarse con el entorno del usuario (familiares, vecinos, etc.). Por ello, las **tareas** que realizan las trabajadoras son múltiples y plantean diversos grados de complejidad de acuerdo con la situación personal y familiar del dependiente, el grado de dependencia que tenga las personas que recibe el servicio y las propias características del servicio en el que se enmarca el trabajo⁶.

⁶ En Barcelona, los casos atendidos por las trabajadoras suelen ser sostenidos a lo largo del tiempo (en función de cómo evolucione el usuario), por lo cual suelen establecer relaciones más estrechas con los usuarios-as

Las tareas realizadas por las trabajadoras de Montevideo y Barcelona de tipo asistencial son similares y dentro ellas se incluyen: las movilizaciones, la higiene, la alimentación, la vestimenta, el control de la medicación, el acompañamiento emocional, el acompañamiento para realizar actividades recreativas o trámites fuera del hogar (esto último no se produce en el caso montevideano). Sin embargo, en Barcelona muchas trabajadoras deben realizar tareas además tareas más complejas que las asistenciales vinculadas a la función y modalidad de servicio socioeducativa que requieren mayores niveles de formación⁷ y experiencia laboral.⁸

Las competencias de cuidado necesarias y efectivamente movilizadas en el puesto de trabajo están condicionadas por las características del puesto de trabajo y las tareas asociadas al mismo. Según las trabajadoras entrevistadas pueden ser distinguidas en dos grandes categorías: competencias interpersonales y competencias técnicas. Sin embargo, ambos tipos de competencias parecen estar interrelacionadas, en tanto son percibidas como competencias parecen ser complementarias entre sí. Las competencias personales que debe poner en práctica la trabajadora están vinculadas no sólo a la actitud o predisposición hacia el cuidado del otro y brindarle la ayuda necesaria para su bienestar, sino a distintas habilidades que requiere desarrollar para poder proveer efectivamente dicho cuidado. En este sentido, se destacan la capacidad de comunicación, capacidad de observación, capacidad para empatizar (ponerse en el lugar del otro), capacidad para respetar las formas de hacer y ser del usuario-o y adaptarse a las mismas, capacidad para establecer límites ante demandas del usuario que excedan sus propio rol y capacidad para resolver problemas (elegir la alternativa más apropiada en función de la problemática que surja) y la capacidad de gestionar y prevenir el estrés asociado a la carga emocional del trabajo. Sin embargo, las competencias personales de las trabajadoras no bastan para poder desarrollar la tarea de cuidar al otro (usuario-a o paciente). Para ello, consideran que es necesario disponer de competencias técnicas que

atendidos-as y atienden varios usuarios-as por día (cada uno de ellos de una duración aproximada de una hora y cuarto). En Montevideo, por el contrario, cada trabajadora realiza su jornada con un solo paciente y se queda en el servicio hasta que la persona atendida se le termina el servicio (suelen ser cortos), por esta razón el vínculo con el paciente suele ser menos estrecho, lo cual no quita que la carga emocional sea elevada.

⁷ Los pliegos que rigen las condiciones de prestación del servicio de atención en domicilio establecen que sólo las trabajadoras que tengan el título de trabajadora familiar (750 horas) podrán realizar la modalidad socioeducativa. Sin embargo, esta modalidad no implica mayores niveles de remuneración para las trabajadoras que lo realizan.

⁸ Ver Anexo con la especificación de funciones y tareas de las trabajadoras en el servicio de atención en domicilio de Barcelona.

hagan posible que dicho cuidado sea efectivizado. En este sentido, expresan que deben contar con conocimientos (teóricos y prácticos) sobre las técnicas de movilización e higiene postural para poder realizar las tareas de movilización del usuario-a en el domicilio (cambios de lugar, higienes, etc.) sin dañar su propia salud. Asimismo, creen que deben tener conocimientos sobre el cuerpo humano, las enfermedades y patologías (físicas y mentales) y sus respectivos síntomas para poder ayudar al paciente, controlar la evolución de su estado y los cambios de situación, así como asistirlo antes eventuales problemas que puedan surgir en el domicilio.

Por otra parte, la formación específica en cuidados es visualizada como una herramienta central para poder adquirir las competencias técnicas. Por ello, la mayoría de las trabajadoras, incluso quienes han realizado los cursos específicos con mayor carga horario, consideran que la formación y el reciclaje permanente (en diversos aspectos tales como formarse más en enfermedades específicas, en técnicas psicológicas para lidiar mejor con el paciente y su entorno, etc.) son imprescindibles para poder desempeñarse correctamente en el puesto de trabajo.

Por otro lado, la formación específica en cuidados como estrategia de adquisición de las competencias necesarias para desempeñarse en el puesto de trabajo, se diferencia en Montevideo y Barcelona a partir de las características de la oferta formativa en cada ciudad que condiciona las opciones formativas disponibles con las que cuentan las trabajadoras.

En Barcelona existe una oferta formativa específica en materia de cuidados mucho más amplia que en Montevideo y por tanto las opciones formativas para las trabajadoras en el caso barcelonés son mayores que en el montevideano. La oferta formativa en cuidados, puede ser diferenciada en dos grandes categorías. Por un lado la oferta formativa reglada, es decir que forma parte del sistema educativo formal y por otra parte la oferta formativa no reglada. En Barcelona, el referente a nivel de la formación reglada en materia de cuidados es la Formación Profesional de Grado Medio de Técnico-a en atención socio-sanitaria, la cual constituye la formación específica con mayor carga horaria. Asimismo, la oferta formativa específica en materia de cuidados no reglada en Barcelona es amplia (producto de la gran cantidad de cursos ofrecidos) y heterogénea (a nivel del tipo y duración, de si es homologada o no homologada). En este sentido, existe una gran variedad de cursos que son ofrecidos por empresas privadas (muchas de ellas en convenio con el INEM). Analizando las estrategias formativas concretas de las trabajadoras reflejadas en la tabla, el curso de trabajadora familiar

sigue siendo la estrategia formativa mayormente adoptada, en tanto más de la mitad de las trabajadoras entrevistadas ha realizado esta formación (14 casos). Por otra parte, la formación de auxiliar en geriatría es la segunda opción formativa que más realizan las trabajadoras entrevistadas (13 casos). La alternativa de formación reglada, que es la Formación de Grado Medio de Técnico-a en atención socio-sanitaria, tan sólo la han realizado 2 de las trabajadoras entrevistadas. Un número no menor (7 casos) de trabajadoras adoptan la estrategia de realizar más de un curso específico en cuidados. Sin embargo, que la formación de trabajadora familiar sea la más extensa y completa dentro de las opciones formativas no reglada, se corresponde con el hecho de que la mayoría de las trabajadoras que la han realizado (10 casos), no han realizado una formación específica adicional. En contraposición a esto, entre quienes tienen el curso de auxiliar de geriatría, que es un curso menos extensivo y completo, un número menor de trabajadoras sólo se han quedado con esta formación (5 casos).

Por otra parte, en el caso montevideano, la oferta formativa específica en cuidados es más reducida. En primer lugar porque no existe una formación específica en cuidados que sea reglada. Por otro lado, en relación a la oferta formativa no reglada específica en cuidados, tan sólo las empresas que brinda el servicio de acompañamiento ofrecen el curso de acompañamiento calificado. Por ello, las estrategias formativas desarrolladas por las trabajadoras que pueden ser observadas en la tabla, consisten en haber realizado un curso específico en enfermería en centros de estudio no reglados (7 casos) o haber realizado el curso de formación específica de acompañante calificado ofrecido por las empresas que brindan el servicio de acompañamiento (6 casos).

El trabajo remunerado de cuidado personal en domicilio: a la luz del debate sobre cualificación y competencias

El debate sobre la cualificación

El debate entre Georges Friedman y Pierre Naville a fines de los cincuenta y principios de los setenta en torno a la noción de cualificación, giró en torno a dos cuestiones centrales: el

sujeto de la cualificación y la evolución de su naturaleza con relación a los procesos de automatización. A partir de dicho debate, es posible distinguir dos concepciones en relación al concepto de cualificación: la sustancialista y la relativista-relacional.

El enfoque sustancialista define a la cualificación en función de su carácter esencial o sustancial que se basa en el grado de complejidad tecnológica que caracteriza el puesto de trabajo y los recursos exigidos para su ejercicio. La cualificación se deriva fundamentalmente de los contenidos del trabajo, ignorando las interacciones y mediaciones sociales que conflictivamente intervienen en la construcción de la jerarquía de las cualificaciones. Por ello se considera que la cualificación no pertenece al trabajador/a sino al puesto de trabajo.

Por otra lado, la concepción relativista-relacional se apoya en un enfoque procesual, al tener en cuenta las dinámicas que constituyen los distintos esquemas de clasificación profesional y de valorización de la fuerza de trabajo. Así, la cualificación es concebida como una relación entre elementos múltiples y heterogéneos como son las capacidades y habilidades exigidas para el ejercicio de un puesto de trabajo (que son las competencias) y los procesos de valoración y retribución de las mismas que se enmarcan en una determinada división del trabajo y organización de la producción.

La cualificación como una construcción social sexuada

En la línea del enfoque relativista –sustancialista de la cualificación, Maruani (1993) comparte con otros investigadores (Wood, 1987; Kaplan, 1987; Gómez Bueno, 1999) la idea de que la cualificación no es una mera definición técnica de la calidad del trabajo, es decir, no es una simple característica (etiqueta que indica calidad), sino que, como fue planteado por Naville (1963), constituye una relación entre ciertas operaciones técnicas y la estimación de su valor social. Por ello, la cualificación es concebida como un producto de conflictos o negociaciones y de relaciones sociales o de relaciones de fuerza y por ello como el resultado de una construcción social. El que la cualificación sea concebida como una construcción social, supone también para Maruani (1991, 1993) que en los mecanismos de producción de la cualificación, las diferencias de género (vinculadas a los distintos sexos) son centrales. En

relación a esto Jenson (1989), plantea que el proceso por el cual tanto los trabajos en sí mismos como las apreciaciones sobre éstos tienen un sesgo de género (are gendered), es porque existen relaciones sociales de jerarquía que reproducen relaciones desiguales en relación al poder de género. Así, el trabajo que las mujeres realizan en la esfera doméstica o que son típicamente femeninos en la esfera pública son clasificados como no cualificados debido a que son considerados como “naturales” a las mujeres. Esto refleja el supuesto asociado al “talento” de las mujeres antes que concebir que ellas saben hacer las cosas a partir de un proceso de adquisición de dichas habilidades. Maruani (1991, 1993) plantea que el género no es una dimensión residual, sino un aspecto clave en la construcción social de las cualificaciones⁹. Según la autora, la cualificación aparece como una construcción social sexuada en donde la distinción masculino/femenino es el eje central en torno al cual se constituye la noción misma de cualificación y donde los trabajos feminizados son concebidos como menos cualificados que aquellos masculinizados. La construcción social sexuada de la cualificación establece criterios para definir el grado de cualificación de un trabajo y su respectiva remuneración donde las cualidades y competencias tradicionalmente masculinas son frecuentemente mejor valoradas que las cualidades y competencias femeninas. Wood (1987) y Kaplan (1987) comparten la idea de que el etiquetamiento de ciertos trabajos como cualificados o no cualificados es independiente de la tecnología asociada a los mismos, sino que es el resultado de una construcción social mediante la cual la noción de que ciertos trabajos feminizados son valorados socialmente como no cualificados, está en contradicción con el considerable nivel considerable de cualificación que éstos requieren y que es comparable al requerido en los trabajos masculinos. Sin embargo, Wood (1987) argumenta que esta falta de reconocimiento de las competencias femeninas, está ligada a que éstas están asociadas fundamentalmente al conocimiento tácito. El **conocimiento tácito** es aquel

⁹ Una de las hipótesis que maneja Maruani (1993) es que la cualificación se sitúa en el centro de las desigualdades profesionales entre hombres y mujeres. De ahí, se derivan las diferencias salariales, de promoción profesional y de condiciones de trabajo.

aprendido mediante la experiencia individual, siendo normalmente específico a la situación y difícilmente articulable y medible en un lenguaje explícito y formalizado. Asimismo, es aquel que no es aprendido mediante los esquemas de aprendizaje formal o las pasantías en el trabajo. La forma en que las mujeres realizan el trabajo, implica la utilización del conocimiento tácito que no es reconocido como cualificado, pero que sin embargo, implica la utilización de complejas competencias. Una serie de autores (Rigby y Sanchis, 2006; Kerogat, 1994; Daune-Richard;1995 y Cancian y Oliker, 2000), comparten el argumento sostenido por Woods, en tanto consideran que muchos empleos femeninos están infravalorados porque requieren una alta proporción de capacidades tácitas que fueron adquiridas durante la socialización familiar sesgada en función del género y son menos susceptibles de medición, como es el caso de las capacidades interpersonales de atención a otros. Según Kerogat (1994:522) *“la cualificación de las mujeres, al no adquirirse por canales institucionales reconocidos puede ser negada por los empleadores, cabe señalar de paso que la cualificación masculina también depende de las relaciones capital/trabajo y que la patronal siempre intenta negarla, pero lo específico en el caso de las mujeres es que el no reconocimiento de las cualificaciones que se les exigen (destreza, minuciosidad, rapidez, etc.) aparece socialmente legitimado, puesto que estas cualidades se consideran innatas y no adquiridas, hechos naturales y no culturales.”*

En relación a cómo afecta la construcción social sexuada de la cualificación al caso específico de los empleos de cuidado, Cancian y Oliker (2000) sostienen que el conocimiento y habilidades que ponen en práctica quienes trabajan en ocupaciones de cuidado, no es reconocido entre otras cuestiones porque es aprendido informalmente en el trabajo. Así, se parte de un erróneo supuesto que se apoya en la idea de que el conocimiento que aplican las trabajadoras en el cuidado es natural, antes que enseñando y aprendido esforzadamente en la práctica. En este sentido, las jerarquías entre las profesiones de cuidado perpetúa la devaluación de los que brindan el cuidado. Kaplan (1987), definió al “trabajo invisible” para referirse a las actividades realizadas por las mujeres en el ámbito privado y que son más difíciles de conceptualizar en tanto involucran el cariño y el cuidado en torno a la construcción y el mantenimiento de las relaciones interpersonales. En este sentido, sostiene que en relación al trabajo remunerado de las mujeres, cuando éste este más se aproxime a las

actividades vinculadas al cuidado, es decir a nutrir, hacer más confortable, estimular y facilitar la interacción, más propensas son a ser concebidas como “naturales” o la expresión del estilo femenino en general. Así, plantea que la competencia de hacer lo comunitario (“making community”), es la habilidad para atender cómo una configuración afecta al resto u otros que están involucrados, que implica la habilidad de adoptar el rol del otro y sentir algunos de los mismos sentimientos. Esto conlleva a focalizar la atención y a cavilar sobre el pasado y planificar para el futuro y crear una atmósfera agradable, de calidez, simpatía y preocupación por el otro. Estas actividades si bien requieren un esfuerzo e implican un costo, son concebidas como actividades que ocurren de manera espontánea. La expectativa de que la mujer facilite y estimule la interacción se desparrama por todo el mundo ocupacional. La resistencia tanto a la visibilización y consecuente especificación, así como la recompensa de las capacidades interpersonales de las mujeres como aspectos legítimos del trabajo en base a la idea de que trabajo emocional es algo natural de la mujer, contribuye a la idea de que dicho trabajo es menos cualificado o que esta parte de su trabajo no debe ser remunerado. En sintonía con Kaplan (1987), Rigby y Snachis (2006), sostienen que los empleos en el sector servicios también tienden a estar infravalorados socialmente. En el modelo tradicional de operario cualificado o trabajador de conocimientos se forma y se cualifica en éste para practicarlo, mientras que el trabajo interactivo de servicios depende de las características personales de cada trabajador. Dichos trabajos que según los autores recurren a la “mano de obra emocional” (Hochschild, 1989) se explota con frecuencia como una cualificación invisible.

¿Es cualificado el empleo de cuidado personal en domicilio de personas en situación de dependencia?

Gran parte de las aproximaciones conceptuales en relación a las competencias específicas requeridas por quienes ocupan los empleos de cuidado son poco precisas. En este sentido, Cancian y Olikier (2000), señalan que algunos estudios sobre cuidadores (el caso paradigmático es el de las auxiliares de enfermería) constatan que estos trabajos implican muchas tareas complejas que requieren competencias interpersonales, tales como ser capaces de calmar a alguien con un problema mental. Por otra parte, Steinberg y Figart (1999)

quienes han estudiado los empleos de atención directa, entre los que pueden incluirse los empleos de cuidado personal, sostienen que quienes están ocupados en los mismos deben desarrollar unas competencias a nivel de las relaciones humanas, competencias comunicacionales y competencias vinculadas al esfuerzo emocional necesario realizarlos. En línea con esto, Payne (2009), plantea que la gran mayoría de los empleos de atención directa implican un trabajo emocional que requiere por parte de los trabajadores una sofisticada forma de inteligencia social, inclusive la capacidad para captar las señales del cliente y seleccionar estrategias y tácticas de manejo emocional. Cameron y Moss (2007) son quienes realizan una aproximación más específica, aunque también general sobre los distintos tipos de competencias comunes requeridas para los trabajadores en el sector de los cuidados. Entre dichas competencias distinguen las siguientes: competencias comunicativas, criterio para juzgar contextualizado, competencias analíticas y reflexivas, entendimiento y valoración del proceso de aprendizaje a lo largo de la vida, competencias personales y experiencia (paciencia, empatía, capacidad para separar lo profesional de lo personal, etc.), conocimiento profesional (psicología, técnicas de movilización, etc.), trabajar con la teoría y la práctica y competencias para el trabajo en equipo y con otros profesionales.

Los resultados de la investigación antes presentados, muestran que el desempeño laboral en el puesto de trabajo, las trabajadoras deben movilizar y utilizar y utilizar un espectro amplio y variado de competenciasⁱ, por lo cual a pesar de ser un empleo vinculado a un perfil laboral con escasa valoración y reconocimiento social y económico, requiere paradójicamente, de una alto grado de calificación por parte de las trabajadoras. Parece ser el caso en el que las competencias efectivamente movilizadas, al ser concebidas como cualidades naturales propias de las mujeres, se suponen como no aprendidas a través de la formación específica o mediante la experiencia en el trabajo. Parece ser que el enfoque de la construcción social sexuada de la cualificación y el proceso de asignación de valor diferencial y sesgado en función del género en torno a la misma, explican en parte, cómo las competencias específicas en el cuidado adquiridas y movilizadas por las trabajadoras, al estar asociada a la esfera doméstica y familiar como dominio histórico y tradicionalmente feminizado, son menos reconocidas y valoradas en el mundo de trabajo profesional que aquellas que se vinculan y adquieren en la esfera pública e industrial, fuertemente masculinizada. En este sentido, las

ocupaciones vinculadas a los servicios y en particular la de aquellos orientados al cuidado de las personas, incorporan elementos que son difícilmente medibles y, por ende, escasamente valoradas desde los modelos vigentes y fuertemente sesgados por el género de categorización de las cualificaciones laborales.

Bibliografía

Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco (2004). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Cancian, M.y Olikier, S. (2000): *Caring and Gender*. Altamira Press. Oxford.

Cameron, C. y Moss, P. (2007): *Currents understandings and future directions*. Routledge, Londres.

Escuredo, B. (2007): “Las políticas sociales de dependencia en España”. *Revista Española de investigaciones sociológicas*, No. 119.

Fundación Pere Terrás (2007): *Definición de las competencias actitudinales y diseño de metodologías de desarrollo y evaluación de las competencias de los trabajadores/as de la atención socio-sanitaria en el domicilio*. Versión electrónica disponible en:

http://www2.peretarres.org/proyectossociales/sad/docs/documento_de_sintesis.pdf

Hochschild, A. (1998): “Ideals of care: Traditional, Postmodern, Cold-Modern, and Warm-Modern”. En *Families in the US: Kinship and domestic politics*, Hansen, V. y Garey, A. (eds.).

Jacobzone, S. et al (2000): “Is the health of older persons in the OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?”. *OECD Economic Studies*. No. 30.

James, N. (1992): “Care=organisation, physical labor, emotional labour”. *Sociology of Health and Illness*, 14 (4).

Jenson, J. (1989) *“The talents of women, the skills of men: flexible specialization and women”*. En Wood, S. (ed.) *The transformation of work? Skill, flexibility and labour process*. Londres. Unwin Hyman.

Knijn, T. y Kremer, M. (1997): “Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship”. *Social Politics*. Fall

Maruani, M.:

- (1991): “La construcción social de las diferencias de sexo en el mercado de trabajo”. *Revista de Economía y Sociología del Trabajo*. Num. 14-14.

- (1993): “La cualificación, una construcción social sexuada”. *Revista de Economía y Sociología del Trabajo*. Num. 21-22.

OECD (1988): *Ageing Populations. The Social Policy Implications*. Paris

Payne, J. (2009): “Emotional Labour and Skill: A Reappraisal”. *Gender, Work and Organization*. Vol. 16, No. 3.

Pellegrino, A. (2003): *Caracterización demográfica del Uruguay*. UNFPA-Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de la República, Montevideo

Rigby, M.; Sanchis, E. (2006): “El concepto de cualificación y su construcción social” *Revista Europea de Formación Profesional*. N° 37, 2006, p. 24-35

Rodríguez Enriquez, C. (2005): *Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones*. Versión electrónica:

http://www.eclac.org/mujer/reuniones/mesa38/C_Rodriguez.pdf.

Rodríguez, F. y Rossell, C. (2009): *Panorama de la vejez*. Universidad Católica del Uruguay (IPES) y UNFPA. Versión electrónica disponible en:

http://observatoriosocial.mides.gub.uy/mides/portalMides/portalMides/Documentos/documento_mides_301.pdf

Sapir, A. (2005): *Globalisation and the Reform of European Social Models*, Bruegel, Bruselas

Wood, S. (1987): “The deskilling debate. New Technology and Work Organization”. En *Acta Sociologica*. (30), 1, pp 13-24

Anexos

Anexo I

Función	Tareas específicas
Asistencial	Higiene y cuidado personal
	Cuidado y control de la alimentación
	Cuidado de la salud y control de la medicación
	Movilización dentro del hogar
	Orden y mantenimiento de la limpieza cotidiana del domicilio en condiciones aceptables de higiene y salubridad
	Actividades relacionadas con la comunicación y la relación con el exterior
Educativa	Tareas educativas referidas a procesos de adquisición y o recuperación de hábitos de la vida cotidiana y de relación con miembros de la familia
	Asesoramiento y enseñanza en el aprendizaje de hábitos relacionado con el cuidado del hogar y organización doméstica, cuidado personal y atención a la infancia, personas mayores o en situación de dependencia
	Facilitar pautas de auto observación del propio estado de salud y controles médicos periódicos
	Asesoramientos técnicos para cambios postulares y dispositivos tecnológicos
	Enseñanza de uso de electrodomésticos y dispositivos tecnológicos
	Motivación de la persona mediante la participación en diversas actividades y estimulación de capacidad de la personas para alentar su autonomía
Preventiva	Observación, detección y prevención de posibles situaciones de riesgo en el entorno de la residencia habitual y del entorno social de las personas usuarias
	Observación y detección y comunicación de los cambios en el entorno o en la situación de las personas usuarias que afecten su nivel de autonomía y por tanto de sus necesidades
	Escuchar a la personas de manera activa para detectar posibles problemas con la finalidad de colaborar con la identificación de las necesidades personales, familiares y sociales de los sujetos objeto de atención.

ⁱ Es posible subdividir las distintas competencias en dos grandes grupos: las competencias personales y las competencias técnicas. Las primeras, están ligadas a la capacidad para lidiar con situaciones de alto riesgo y estrés y responsabilidad, capacidad para tomar de decisiones en situaciones límite, capacidad para trabajar con una alta a carga emocional y física en el trabajo, capacidad para establecer relaciones interpersonales y tratar con los familiares y allegados del dependiente. Las segundan está vinculadas a la capacidad para poner en práctica conocimientos sobre patologías y técnicas de movilización e higiene atender a pacientes con grados altos de dependencia, capacidad para establecer relaciones interpersonales y tratar con los familiares y allegados del dependiente.