



Grupo Temático N°6: Género, Mercado de Trabajo y Cuidados

Coordinadores: Laura Pautassi, Florencia Antoniou y Andrea Voria

“Mujeres y Cuidado:

Condiciones de empleo en trabajadoras de la salud y de casas particulares”¹

Autor/es: Luciana Reif

E – mails: lc.reif@gmail.com

Autor/es: Rocío González Francese

E – mails: gonzalezfrancese@yahoo.com.ar

Pertenencia institucional: CONICET / UNDAV

Resumen:

En las últimas décadas, el desarrollo del modo de producción capitalista ha generado profundas transformaciones en el mundo laboral. La flexibilidad se ha introducido como un criterio de producción fundamental para adaptar el volumen de trabajadores a las fluctuaciones de la demanda del mercado, organizar los sistemas técnicos de producción, modificar el tiempo de trabajo, variar el nivel salarial, ampliar las funciones, e incluso como rasgo subjetivo valorado socialmente. El incremento de la flexibilidad laboral en la Argentina y Latinoamérica ha conllevado un aumento en el empleo informal, contratos temporales y en la precariedad laboral.

¹ La presente ponencia se enmarca dentro del Proyecto de Investigación Científica y Tecnológica Orientado (PICTO -2012-0100) denominado: “Estudio epidemiológico transversal sobre precariedad laboral en trabajadores/as de casas particulares, independientes y de empresas de trabajo temporario de la Ciudad de Avellaneda, 2013 – 2015.



La idea de esta ponencia es reflexionar en torno a dos empleos específicos que son el de trabajadoras de la salud y el de casas particulares.

En el sector salud, la larga década neoliberal de los noventa, tras sucesivas reformas sectoriales, ha dejado un legado muy difícil de revertir: precariedad laboral, bajos salarios, descalificación profesional, incumplimiento de las carreras, desinterés por los recursos humanos, gestión arbitraria, injusticias laborales, incumplimientos legales, reducción presupuestaria, de inversión, deterioro de instrumentos e infraestructura hospitalaria, etc. (Galín, 2002; Belmartino, 2005; Ugalde y Homedes, 2005) Entre las transformaciones del empleo en el sector se señalan nuevas modalidades de contratación que modificaron y flexibilizaron el empleo estable del sector (Aspiazú, 2010).

El empleo de las trabajadoras de casas particulares tiene la particularidad de ser históricamente una ocupación altamente informal, precarizada, con bajas remuneraciones salariales y feminizada. Recientemente cuenta con la legislación del año 2013.

El objetivo de esta ponencia consiste en describir las condiciones de empleo de las trabajadoras de la salud y de las empleadas domésticas y su vinculación con el tema de cuidado. Dicha ponencia es trabajada desde las tesis doctorales que las autoras tienen en curso.

Palabras claves: género, condiciones de empleo, cuidado.



Feminización del mercado de trabajo

Uno de los procesos que caracterizó la década de los noventa fue el incremento del número de mujeres en el mercado laboral. Si bien puede llegar a considerarse que en parte esto redujo la brecha de inequidad de género, y de los roles socialmente atribuidos (el hombre en el mercado laboral, y la mujer a cargos de las tareas domésticas), este incremento se debió a su vez a la necesidad de las familias de contar con mayores ingresos debido a la caída de la tasa de empleo y el deterioro de los salarios de los jefes de familia (Duré, Cosacov y Dursi 2009). El ingreso de las mujeres al mercado laboral se produjo fundamentalmente en los sectores de servicios y bajo modalidades precarias de contratación laboral. En este sentido puede observarse que la incorporación de las mismas se dio en el sector servicios (educación, salud, servicio doméstico y administrativo), en empleos asociados tradicionalmente a tareas femeninas de cuidado. Como sostiene Duré et al. (2009) la feminización del empleo se genera a través de la segregación horizontal ya que dicha inserción se da a través de la división sexual del trabajo, incorporándose a sectores y tareas históricamente femeninos.

En el sector salud se reproduce esta segregación horizontal. Por un lado dicho sector cuenta con una fuerte presencia de las mujeres, debido a su asociación con el trabajo reproductivo, de cuidado y atención (Duré, Cosacov y Dursi 2009). En un estudio realizado en la Ciudad de Buenos Aires, se pone de manifiesto que dentro del sector salud las mujeres suelen ocupar las profesiones asociadas a dicho cuidado como ser obstetricia, fonoaudiología, psicopedagogía, entre otras (Duré, Cosacov y Dursi 2009). El sistema de salud funciona como reproductor de las desigualdades, al sostener y reformar la construcción diferencial de roles de género. El personal de enfermería, históricamente es femenino. Según un estudio realizado en la Ciudad de Buenos Aires (Duré, Cosacov y Dursi 2009), hay un 77% de mujeres y un 23% de hombres, estos números revelan la división sexual asociada a los roles de género presente en el sector. Esta división supone además una desvalorización del trabajo, que repercute directamente en la precarización del sector. Como sostiene Moliner (Wlosko y Ros,



2015) el trabajo como concepto, fue construido sobre la base de actividades asalariadas y masculinas, mientras que las tareas realizadas en la casa como criar a los niños o cuidar a los ancianos hasta la década de 1980 no fueron consideradas en el concepto de trabajo.

Trabajadoras de la salud

En el sector salud, la larga década neoliberal de los noventa, tras sucesivas reformas sectoriales, ha dejado un legado muy difícil de revertir: precariedad laboral, bajos salarios, descalificación profesional, incumplimiento de las carreras, desinterés por los recursos humanos, gestión arbitraria, injusticias laborales, incumplimientos legales, reducción presupuestaria, de inversión, deterioro de instrumentos e infraestructura hospitalaria, etc. (Galín, 2002; Belmartino, 2005; Ugalde & Homedes, 2005) Entre las transformaciones del empleo en el sector se señalan nuevas modalidades de contratación que modificaron y flexibilizaron el empleo estable del sector (Aspiazu, 2010).

Desde sus comienzos, el sector se encontró dividido en privado, público y el sistema de la seguridad social. Si bien el sistema de la seguridad social regulado por los sindicatos contó con mucho peso, se caracterizó por una subcontratación que fortaleció al sector privado (Galín 2002). En 1970 el sistema de salud se institucionaliza a través de la ley 18.610, extendiéndose la cobertura de las obras sociales a toda la población en relación de dependencia (Belmartino 2005).

Durante la década de los noventa, en consonancia con los cambios producidos a nivel social, grandes cambios fueron introducidos en la gestión de las relaciones laborales en el sector salud. Un primer impacto se produjo con la desregulación de las obras sociales, implementada bajo el pretexto de que la libre elección por parte de los usuarios estimularía a las organizaciones a mejorar su calidad de cobertura (Belmartino 2005). El ingreso de grandes capitales, vinculados o no a los profesionales de la salud, fue otra característica de la época (Galín 2002). El crecimiento del sector privado posibilitó que estas grandes corporaciones contrataran a los médicos, limitando su ejercicio laboral autónomo. Al mismo tiempo las transformaciones técnicas y la incorporación de tecnología que requería de grandes inversiones imposibilitaron también el ejercicio de la



profesión a través del cuenta propismo. Se observó a su vez un incremento de la proporción de asalariados; mientras que en 1990 un cuarto del personal de salud se desempeñaba como cuenta propista, diez años más tarde se produjo una disminución drástica de este número, (del 23 al 12%), siendo aún mayor para las mujeres (Galin 2002). El aumento del número de asalariados se produjo bajo modalidades precarias de contratación, expresadas mayormente en la contratación sin protección social. A sí mismo, durante el período señalado creció la proporción de profesionales con pluriempleo, una característica del sector salud. Esto se debe entre otras cuestiones a la ampliación de empleos a tiempo parcial, a la caída de los salarios lo que provocó la búsqueda de otras fuentes de ingresos, combinando en su mayoría un trabajo en el empleo público con protección social y bajos salarios, y uno en el sector privado con mejores salarios y menores ingresos (Galin 2002).

La flexibilización de las relaciones laborales se produjo tanto en el ámbito público, como en el privado. Una de las características centrales del sector salud es la gran heterogeneidad en las formas de contratación. Dentro de las principales se encuentra la planta permanente del Estado, que otorga la estabilidad en el cargo; la contratación periódica, que cuenta con protección social y garantías y los regímenes de contratación sin relación de dependencia, ya sea por medio de contratos de locación de servicios o de obra. (Aspiazu 2016). A su vez es significativo el número de empleo no registrado en el sector, que creció durante la década del noventa alcanzando el 45% para el conjunto de los profesionales, afectando más a los profesionales de la salud privada (36,4%) que a los de la pública (10%) (Aspiazu 2016).

Trabajadoras de casas particulares

El empleo de trabajadoras de casas particulares históricamente se ha caracterizado por ser un trabajo fuertemente marcado por la inestabilidad, la informalidad y la precarización, junto con bajos niveles de remuneraciones. Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) la forma más consistente de analizar la situación de quienes se encuentran en la economía informal es en términos de déficit de trabajo



decente. Los trabajos en malas condiciones, improductivos y no remunerados que no están reconocidos o protegidos por la ley, la ausencia de derechos en el trabajo, la inadecuada protección social y la falta de representación y de voz se producen más en la economía informal, especialmente en el extremo inferior que constituyen las mujeres y los trabajadores jóvenes.

Según Lautier (2002), las carreras laborales de las empleadas domésticas dan cuenta del desarrollo de “circuitos de movilidad” cada vez más herméticos, donde los trabajadores precarios transitan por puestos –asalariados y no asalariados- de las mismas características y las posibilidades de desplazamientos hacia empleos protegidos y estables es cada vez menos frecuente.

Tanto en Argentina como en la región de América Latina, el trabajo doméstico remunerado constituye una de las principales fuentes de empleo urbano para las mujeres. Desde hace más de una década se viene registrando una creciente preocupación – tanto a nivel regional como internacional – por equiparar los derechos laborales del empleo doméstico con los de los demás asalariados. Nuestro país no ha sido ajeno a esta tendencia: en el último tiempo el trabajo doméstico ha despertado interés y ha estado presente en el debate público.

En Argentina, la ley N° 26.844 “Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el personal de casas Particulares” sancionada en marzo de 2013 y promulgada en Abril del mismo año, representa un avance en lo que refiere a las protecciones laborales. Entre los logros más relevantes se encuentra la inclusión de la licencia por maternidad, la cobertura del conjunto de las trabajadoras independientemente de su dedicación horaria, la conformación de una comisión negociadora de salarios y condiciones laborales del sector, entre otras.

De acuerdo a la ley n° 26.844 del denominado “Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares” sancionada en 2013, se considera trabajo en casas particulares a “toda prestación de servicios o ejecución de tareas de limpieza, de mantenimiento u otras actividades típicas del hogar”; a su vez, “se entiende como tales también a la asistencia personal y acompañamiento prestados a los



miembros de la familia o a quienes convivan en el mismo domicilio con el empleador, así como el cuidado no terapéutico de personas enfermas o con discapacidad.”² Dicha ley establece los derechos de las trabajadoras de casas particulares, así como las obligaciones que el/la empleador/a debe brindar en relación a cobertura social y de salud, entre otras.

En Junio de 2015 según indican fuentes de la Superintendencia de Riego del Trabajo³ se sumaron 400.000 empleadas de casas particulares al sistema, produciendo un incremento del 74% en comparación con las estadísticas de junio de 2014. Actualmente este segmento representa el 5,5% del total de los trabajadores con cobertura de Argentina, resulta para estos 488.194 empleadas domésticas una significativa ampliación de sus derechos sociales y laborales.

El desarrollo de la actividad laboral en la vivienda del empleador es un factor importante, que condiciona la elevada precariedad laboral de las trabajadoras del servicio doméstico. Uno de los factores condicionantes de la crítica situación laboral del servicio doméstico se vincula con el peculiar carácter del ámbito en el que se desarrolla la actividad laboral de estas trabajadoras, ámbito de difícil acceso al control directo por parte del Estado.

El hecho de que el empleador sea una unidad doméstica y no productiva (en el sentido que no se encuentra orientada a la obtención de ganancia) ha operado en la exclusión de estas trabajadoras de la normativa general del contrato de trabajo. Esto involucra una menor protección legal de las mismas en relación al resto de los asalariados. Asimismo, en tanto la vivienda no forma parte de la estructura productiva, no se encuentra en consecuencia sujeta a políticas específicas de inspección laboral. Por otro lado, el ámbito doméstico supone el aislamiento del trabajador, lo que redundará en un obstáculo significativo para su organización y acción colectiva. De manera tal que, al margen de una protección efectiva del Estado y de las organizaciones gremiales, las condiciones

² Ley disponible en : http://www.trabajo.gov.ar/downloads/domestico/ley_26844.pdf

³ Resumen ejecutivo Junio 2014 - Junio 2015 "Aumento de la cobertura de trabajadores en relación de dependencia". Disponible en:
http://www.srt.gob.ar/images/pdf/Aumento_de_la_cobertura_de_Riesgos_del_trabajo.pdf



laborales y salariales de estos trabajadores son determinadas discrecionalmente por cada empleador.

La categoría del cuidado

En el trabajo de servicios, la categoría del cuidado tiene un peso importante a la hora de entender el proceso de trabajo. El estar atentas a la vulnerabilidad o sufrimiento de los demás, como sostiene Moliner (Wlosko y Ros 2015) es una actitud central en todas las actividades denominadas femeninas del cuidado. Todo el trabajo del cuidado está realizado en base a pequeños gestos que no son inmediatamente visibles y que requieren de una carga psíquica, física e emocional importante (Wlosko y Ros, 2015). Es por eso que el trabajo del cuidado tiene poco reconocimiento, siendo un aspecto que no es medible en los términos exigidos o reconocidos por las gestiones manageriales

Las mujeres que realizan trabajo doméstico pasan a ser parte de una cotidianidad familiar muy cercana a la del hogar en el que trabajan, pero al mismo tiempo su trabajo es desvalorizado, invisibilizado y poco reconocido. Debemos tener presente que este aspecto de la invisibilidad del trabajo doméstico es en general, ya que ocurre no solamente con el trabajo propiamente remunerado. Las tareas del cuidado y mantenimiento del hogar que realizan las mujeres no son reconocidas como aporte a la reproducción de la sociedad en términos capitalistas (Federici, 2013). Es en este sentido que desde la economía feminista y del marxismo feminista se ha planteado cómo el trabajo reproductivo es constitutivo de la reproducción social. Cuando decimos invisibilidad nos referimos a que no está asumido ni medido como trabajo, el trabajo doméstico ha sido transformado en un atributo natural a las mujeres en vez de ser reconocido como trabajo. En este sentido, se relacionan la baja remuneración en el salario y la desvalorización social del trabajo doméstico remunerado. Las condiciones laborales y salariales predominantes son altamente desfavorables para este conjunto de trabajadoras a domicilio.

Un mercado de trabajo en el que las mujeres participan cada vez más y un Estado que



no oferta servicios de cuidado obliga a cada quien a buscar una solución individual. En una sociedad como la nuestra se vuelve principalmente tarea de la mujer que sale a trabajar resolver el cuidado por medio de la contratación privada de otra mujer. Con toda la discusión que esto implica sobre el privilegio de las mujeres de clase media, clase media-alta, que pueden ejercer su profesión o desarrollar un trabajo calificado dependiendo de la disponibilidad de mujeres de sectores populares o clase baja que les cuiden los/as hijos/as por un sueldo casi siempre relativamente bajo. La dimensión del cuidado y mantenimiento de la casa pone de manifiesto la cadena de cuidados que siempre queda en manos de mujeres, replicando una lógica social de feminización de este trabajo. A su vez, la responsable de manejar la relación con la trabajadora doméstica es generalmente la mujer de la casa, en un contexto heteronormativo. Este es un ejemplo de que el hogar sigue siendo un lugar femenino, y son ellas quienes se ocupan de hablar con la empleada, pagarle, controlar sus tareas, etc.

En el caso del sector salud, la división sexuada del trabajo exige a las trabajadoras mujeres el estar atentas a la vulnerabilidad o sufrimiento de los demás; mientras que los trabajadores de la salud, los médicos especialmente, pueden dedicarse a las tareas técnicas de la medicina, dejando el aspecto “humano” a las enfermeras. Se espera de las médicas una atención que implique más cuidado, respecto de lo que se espera de los hombres médicos. (Wlosko y Ros 2015). El trabajo en salud implica perse un grado de relación intersubjetiva entre los trabajadores y los usuarios, que nunca puede reducirse a un mero aspecto técnico. El proceso de trabajo en salud siempre es relacional, se trabaja con usuarios que no son meros objetos. El afecto es lo que le da el significado a la relación trabajador, usuario y al propio cuidado que se realiza. (Batista y Merhy, 2011). Sin embargo esta expectativa de cuidado, está depositada mayormente en las trabajadoras mujeres, que como vimos anteriormente se encuentran aglutinadas en las profesiones donde el cuidado como característica del proceso de trabajo tiene un peso mayor. El proceso de trabajo como tal, debe ser comprendido más allá de su aspecto técnico, la capacidad del cuidado no es un atributo que este por fuera del mismo. Es oportuno reconocer a las relaciones intersubjetivas como un componente clave del modo de producción en salud, permitiendo que los aspectos relacionales se conviertan



ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ESPECIALISTAS EN ESTUDIOS DEL TRABAJO

CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIOS DEL TRABAJO

EL TRABAJO EN CONFLICTO. Dinámicas y expresiones en el contexto actual

Buenos Aires, 2, 3 y 4 de Agosto de 2017

en una dimensión a tener en cuenta.

La categoría de cuidado nos permite en ambos grupos de trabajadoras, cuestionarnos la concepción tradicional que se tiene del proceso de trabajo y luchar por valorizar esta categoría históricamente invisibilizada. Este atributo de contención, de una relación que se establece con otro, por fuera de los mecanismos de evaluación del mercado, otorga al cuidado un valor esencial, al visibilizar la vulnerabilidad de los sujetos y la necesidad de construir formas de trabajo colectivas frente a esa vulnerabilidad. Tradicionalmente esta capacidad de cuidado, se ha entendido más que como un saber hacer, como un don natural que tienen que tener las mujeres. La división sexuada del trabajo, y la desvalorización que tiene el trabajo de las mujeres por la desvalorización que tiene a su vez el cuidado, repercute como vimos anteriormente en las condiciones laborales de ambos sectores. De esta manera bajo modalidades más precarias de contratación, las trabajadoras de la salud y las empleadas domésticas sufren también esta invisibilización en su proceso de trabajo. Se trata entonces, en términos de Moliner (Wlosko y Ros 2015), de sacar el cuidado de lo femenino por un lado, y de demostrar que el cuidado es trabajo, de buscar otras formas de medir y valorarlo, por fuera de la lógica productivista y mercantilista que impone el neoliberalismo.



Bibliografía:

- Aspiazu, Eliana Laura. 2016. "Heterogeneidad Y Desigualdades de Género En El Sector Salud: Entre Las Estadísticas Y Las Percepciones Sobre Las Condiciones de Trabajo." 19: 55–66.
- Batista, Túlio, and Emerson Elias Merhy. 2011. "El Reconocimiento de La Producción Subjetiva Del Cuidado Recognizing the Subjective Production of Care." *Salud Colectiva* 7(1): 9–20.
- Belmartino, Susana. 2005. "Una Década de Reforma de La Atención Médica En Argentina A Decade of Health Care Reform in Argentina." *Salud Colectiva* 1(2): 155–71.
- Duré, Maria Isabel, Natalia Cosacov, and Carolina Dursi. 2009. "La Situación de Las Trabajadoras Del Sistema Público de Salud Del Gobierno de La Ciudad de Buenos Aires. Una Aproximación Cuantitativa." *Revista de la Maestría en Salud Pública* 13: 1–30.
- Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Galin, Pedro. 2002. "Dependencia Y Precarización Laboral: Los Profesionales de La Salud En Argentina." *Revista Latinoamericana de Estudios del trabajo* 15: 87–104.
- Lautier, B. (2002) Femmes en domesticité. Les domestiques du Sud, au Nord et au Sud, *Revue Tiers. Monde n° 170*, abril-junio. París: IEDES.
- Wlosko, Miriam y Cecilia Ros. 2015. "El Trabajo Del Cuidado En El Sector Salud Desde La Psicodinámica Del Trabajo Y La Perspectiva Del Care: Entrevista a Pascale Molinier." *Salud Colectiva* 11 (3): 445–54.