



## **Grupo Temático N° 6: Género, mercado de trabajo y cuidado**

**Coordinadores: Laura Pautassi, Pilar Arcidiácono, Mora Straschnoy**

---

### **El vértice del mercado y del Estado en el cuidado: capacitación e inserción laboral de cuidadoras domiciliarias en el Gran Buenos Aires**

**Autor/es: Liliana Findling**

**E – mails: lfindling@arnet.com.ar**

**Autor/es: Paula Lehner**

**Autor/es: Estefania Cirino**

**Autor/es: Laura Champalbert**

**Pertenencia institucional: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de  
Ciencias Sociales, UBA**

#### **Introducción**

La dinámica demográfica y el aumento de la esperanza de vida, los cambios en la organización de las familias y las reiteradas crisis económicas han transformado el funcionamiento de los hogares y las relaciones intergeneracionales. Estos cambios se han acompañado de una fecundidad relativamente baja, una mayor inserción de la mujer en el mercado laboral y una edad más tardía a la maternidad.

Asimismo, los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad indican que existirá una creciente demanda de cuidados de la población envejecida, de las personas discapacitadas y de los pacientes terminales (Sepúlveda y Gomez Dantés, 1995). El envejecimiento demográfico y la mayor longevidad de la población son fenómenos que influyen en las transferencias intergeneracionales, en el aumento de la demanda de servicios de salud y de cuidados de larga duración (Pantelides y Moreno, 2009).

Estos aspectos en su conjunto han destacado al cuidado de niños y adultos mayores como uno de los problemas al que se enfrentarán las políticas públicas en las próximas décadas; a ello se suma el fenómeno conocido como envejecimiento dentro del envejecimiento, es decir, la tercera edad cuidando a la cuarta (Bazo y Ancizu, 2004; Roussel, 1995).

La gestión del cuidado requiere organizar bienes, recursos (materiales, simbólicos y afectivos), servicios y actividades que hagan viable una mejor calidad de vida, tareas que involucran simultaneidad de papeles y responsabilidades dentro de las familias, en espacios y ciclos difíciles de traducir en tiempo, intensidad o esfuerzo. Estas tareas que recaen en mayor medida en las mujeres, pueden realizarse de manera no remunerada por familiares, delegarse con pago en personas ajenas a la familia mediante relaciones laborales formales e informales o a través de instituciones (CEPAL, 2013; Pautassi, 2013; Martín Palomo, 2009).

El diseño, el financiamiento y la prestación de cuidados en la sociedad pueden ser representados a través de un “diamante del cuidado” cuyos vértices están conformados por la familia, el mercado, el Estado y las organizaciones no gubernamentales y tiene fuertes consecuencias para los que acceden a cuidados y para aquellos que se encargan de cuidar (Esping Andersen 1993, Razavi, 2007). Esta figura ilustra la multiplicidad de instituciones que participan en la provisión de cuidados que trabajan de una manera compleja y la distinción entre ellos no está definida claramente ni es estática.

Las instituciones se integran en la sociedad mediante un entramado de relaciones de interdependencia recíproca que se va modificando históricamente (Capdievielle, 2012). Desde la lógica institucional del cuidado (en cuanto a la formación y la provisión) es importante analizar las instancias y mecanismos de regulación que operan sobre el sistema de servicios y sus resultados y, muy en particular, las formas de intervención del Estado que, en tanto garante del acceso a la atención médica de la población, es responsable de la eficacia y eficiencia del sistema (Belmartino, 2009).

La noción de campo (Bourdieu 1997) permite el análisis de múltiples interacciones que influyen en la práctica de las organizaciones, grupos y agentes individuales que lo conforman, y el habitus analiza el mecanismo de interiorización y reproducción de las estructuras objetivas. Supone pensar las relaciones que se establecen en el campo como

fruto de la interacción entre agentes dotados de intereses y capacidades específicas en condiciones de defender formas organizativas determinadas por la distribución de los recursos materiales y simbólicos disponibles en el mismo.

El concepto de campo en salud está constituido por el conjunto de instituciones políticas que regulan mediante leyes y reglamentos la cuestión sanitaria de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones formadoras de recursos humanos y por los agentes que operan en las instituciones -formuladores de políticas, médicos, personal de enfermería, personal paramédico, profesores y estudiantes y desde luego los usuarios/as de dichos servicios- (Castro, 2011, Belmartino, 2009).

El análisis relacional interpreta las vinculaciones que se establecen en el campo de la salud como las capacidades de diferentes actores para alcanzar sus objetivos a través del conflicto y la negociación (McAdam, Tarrow y Tilly, 2005). Este marco propone la reconstrucción de procesos y mecanismos de cambio estudiando la naturaleza e interacción de los actores en escenarios acotados, afectados por tradiciones culturales y marcos institucionales, en los cuales sus acciones pueden tener o no un carácter racional y están vinculadas a coyunturas y contingencias del contexto (Belmartino, 2009; UribeGomez, 2007).

¿Cómo se estructura la oferta y demanda de las prestaciones de cuidado desde las organizaciones? ¿Cómo se gestó la capacitación en las instituciones estatales? ¿Cuáles son las prácticas de las cuidadoras remuneradas formadas? ¿Existen diferencias en las tareas de aquellas cuidadoras que han encarado cursos de capacitación y las que no se formaron?

Estos son algunos de los interrogantes del trabajo. El objetivo general busca analizar las modalidades de capacitación de cuidadores domiciliarios provistas por el ámbito público, teniendo en cuenta además, desde el vértice del mercado, una comparación de las trayectorias laborales entre cuidadores remunerados formados y no formados.

La metodología utilizó un diseño exploratorio y descriptivo en base a fuentes de información secundaria y primaria. Por un lado se efectuaron entrevistas en profundidad a responsables de Ministerios nacionales y locales del área de Desarrollo Social, Universidades y Hospitales públicos. La guía de pautas para responsables del dictado de

cursos incluyó las siguientes dimensiones: orígenes de los cursos, principales características, contenidos, requisitos de inscripción, proceso de selección de postulantes; título y/o certificados requeridos, posibilidades de inserción laboral; iniciativas de vinculación entre los cuidadores capacitados y la demanda de atención por parte de la población. Por otro lado, se realizaron 13 entrevistas en profundidad a 12 mujeres y un varón de estratos socioeconómicos medio-bajos que cuidaran por problemas de salud a algún adulto/a mayor en el ámbito del Gran Buenos Aires. La trayectoria laboral de las/los cuidadores, su capacitación, la satisfacción con la tarea, 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 tuvo lugar entre fines del 2012 y setiembre de 2013. El material de las entrevistas, una vez desgrabado, fue procesado en el programa Atlas ti y luego se procedió al armado de la codificación y la categorización, para ser finalmente analizado según los ejes predominantes del discurso.

### **La formación de cuidadores domiciliarios: instituciones públicas**

El Ministerio de Desarrollo Social de la Nación posee una amplia experiencia adquirida a través del tiempo y de la cantidad de cursos implementados y recursos humanos formados en todo el país. El Programa de Cuidadores Domiciliarios fue creado en 1997 en el ámbito de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores que depende de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. El responsable de la Coordinación del Programa relata los orígenes del área: *“Primero surge un Consejo del Adulto Mayor, y luego de una reestructuración, pasó a ser una Dirección, y cambia la posibilidad de la estructura profesional y del presupuesto. Hoy casi tenemos 50 personas en esta Dirección, en distintas disciplinas básicas, pero se están formando en gerontología social y comunitaria, con lo cual pasó a ser una Dirección con una alta profesionalización de las personas que lo integran”*.

En enero de 2015 se estimaba contar con más de 30.000 cuidadores formados en todo el país con el objetivo de *“visibilizar la problemática de los adultos mayores, que genere empleo y movilice recursos [...] Lo que hacemos es responder a las necesidades de cuidado de las personas con dependencia que están en sus casas en la Argentina, y*

*evitar, a partir de esa intervención, la institucionalización precoz”* (Programa de Formación de Cuidadores Domiciliarios, Ministerio de Desarrollo Social).

Este Programa se ocupa de la coordinación a nivel nacional, del desarrollo de las líneas teóricas para el diseño de manuales y el cuaderno de formación de cuidadores. Luego se elaboran convenios con algunos organismos: *“Es fácil coordinar esta actividad en la Ciudad de Buenos Aires, pero en Formosa y en Chaco se complica por ser zonas semi-rurales y muy distanciadas entre sí. Nosotros proveemos la financiación para docentes y coordinadores, los materiales y la capacitación técnica; supervisamos la capacitación y los profesionales deben quedar como referentes de dicha formación. La institución hace el curso, pone el espacio físico, selecciona a los docentes y convoca a los postulantes. Si la institución terminó su ejecución debe rendir los gastos para poder renovar el convenio. Si, por ejemplo, el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires ejecuta una serie de Programas del Gobierno Nacional que no terminó de rendir, hasta que ellos no regularicen la situación no se hacen más convenios con la Provincia. Pero como los Municipios son personerías jurídicas diferentes, puede hacerse con Mar del Plata o con Tandil”* (Programa de Formación de Cuidadores Domiciliarios, Ministerio de Desarrollo Social).

Dado que el cuidado domiciliario es una fuente de trabajo, la formación profesional se concentra en grupos desventajados de la población en edades activa: *en los cursos se privilegia la incorporación de personas que tienen planes sociales del Gobierno Nacional. También se han incluido como destinatarios a otros grupos, como los transexuales, y se evalúa la realización de un curso de formación en la cárcel dirigido a mujeres cuyos delitos estuvieron asociados al pequeño tráfico de drogas”* (Programa de Formación de Cuidadores Domiciliarios, Ministerio de Desarrollo Social).

La duración de los cursos es cuatrimestral (anteriormente duraban 5 meses) y se dictan módulos teóricos y prácticos que incluyen pasantías con una carga horaria de 248 horas. Los módulos se dividen en 4 cuadernillos, los tres primeros desarrollan los temas de estudio, mientras que el último es de ejercicios y casos prácticos.

Entre los requisitos para poder realizar el curso se privilegia la predisposición del postulante hacia la tarea de cuidado: *“Importan la actitud, que no tenga problemas de salud mental o psicológicos, ni algún impedimento físico, ya que movilizan el cuerpo de otros, y que uno vea que tenga cierta flexibilidad para poder enfrentar los problemas*

*que tienen que ver con el acompañamiento, y que tenga aptitud de trabajo, que pueda laboralizarse, responsabilizarse para cumplir un horario, que le interese la temática, hay gente que hace el curso porque ya viene haciendo actividad como cuidador informal”*(Programa de Formación de Cuidadores Domiciliarios, Ministerio de Desarrollo Social).

El entrevistado considera que la exigencia de la edad establecida entre 25 y 55 años es flexible: *“El de 18 años que tenga ganas lo hace y el de 65 también, digamos que no es excluyente. Lo que suele pasar es que tienden a ser más comprometidas las personas mayores de 35 años en formación que las menores, que hacen esta formación, pero después hacen enfermería u otras cosas. La tendencia es que aquellos que se forman como cuidadores son mayores a 35 años”*-

En cuanto al perfil del egresado de los cursos, se lo prepara para encarar con solvencia tareas de acompañamiento, cuidado y apoyo social: *“El cuidador domiciliario está pensado para personas con dependencia, es decir que no pueden llevar adelante actividades de su vida diaria sin una ayuda externa. Pero esas actividades no son médicas necesariamente. Lo que más hacen los cuidadores son tareas que tienen que ver con poder vestirse, higienizarse, prepararse una comida, organizar su medio cercano, movilizarse. Y también tienen que planificar sus compras y hacerse algunos mandados, concurrir a algún Centro de personas mayores, poder asistir a reuniones familiares, participar de instancias políticas, ir a votar. Entonces, el cuidador, según las pautas de nuestro Programa, apoya, acompaña, y quizá a veces sustituye cuando no hay posibilidades de hacerlo por motu proprio en aquellas actividades de la vida cotidiana que la persona con dependencia no puede hacer. Y es un recurso que se integra dentro de su propia red de recursos vinculares que lo apoyan para llevar adelante sus actividades cotidianas”* (Programa de Formación de Cuidadores Domiciliarios, Ministerio de Desarrollo Social).

El Programa certifica la formación de los participantes a través de constancias emitidas por el Ministerio tanto para los cursos propios como también para los cursos que se avalan.

Al indagar sobre el futuro de estos cursos se espera que se produzca una amplia expansión, que deberá estar acompañada de una adecuada reglamentación: *“Va a haber mayor demanda de cuidados domiciliarios: necesitamos como línea de trabajo*

*generalizar la formación, que no sólo quede como un Programa de formación, sino que se extienda a la población en general, necesitamos una regulación de la forma del trabajo y del trabajo de los cuidadores”.*

Si bien la entrevista se realizó antes de la promulgación de la Ley 26844 sobre el Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares, el responsable del Ministerio consideró importante la regulación de la práctica del cuidador domiciliario: *“No hay ley nacional, pero sí existen leyes provinciales, por ejemplo en Río Negro, que plantearon una inscripción a un padrón obligatorio para los cuidadores domiciliarios. El Ministerio de Salud matricula y supervisa la práctica y establece como un régimen de trabajo. Pero eso pasa en algunos lugares. Nosotros intentamos promover hace ya bastante tiempo, pero no está tan presente en la Legislatura. El trabajo doméstico como cuidador es uno de los puntos de trabajo en negro más grande que hay”.*

Una de las entidades públicas que pone en práctica el curso organizado por el Ministerio de Desarrollo Social es la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires quien organiza y dicta los módulos a través de convenios: *“El Ministerio nos asigna 5 cursos en principio en el año 2008 con una particularidad: la gente por primera vez entraba a una Facultad, porque el proyecto del Ministerio nació con la firma de convenios con ONG, con Municipios, con distintos actores, pero en este caso era una Facultad y realmente fue sorprendente la respuesta de la gente al entrar a estudiar y hacer un curso en una dependencia de la UBA. Hoy, en el 2013, ya hemos dictado 20 cursos y, en acuerdo con otros Municipios, la UBA también salió al Área Metropolitana de Buenos Aires, a supervisar, a capacitar, a hacer la coordinación técnica. Por ejemplo estamos en Avellaneda, Lomas de Zamora, Campana, La Cava, ofrecemos el curso que conveniamos con Nación para que lo hagan con nosotros”* (Coordinación Programa Cuidados Domiciliarios, Facultad de Psicología, UBA).

Es interesante destacar la actividad que encaró la Facultad de Psicología en 2012, estrechamente vinculada con el espíritu que imprime el Ministerio de Desarrollo Social: *“Se armó un curso de Cuidadores Domiciliarios bajo el auspicio de la ATTTA (Asociación de Travestis Transexuales y Transgénero de Argentina) para promover la habilitación de nuevos roles comunitarios por medio de la inclusión de la población transexual ótransgénero. Se los capacitó para la atención de adultos mayores, personas*

*con discapacidad o con enfermedades crónicas desde un enfoque gerontológico integral y se los estimuló a preservar y fortalecer los vínculos familiares y sociales. La experiencia fue fuerte. Con las personas trans hubo que cambiar las planillas de inscripción, porque decían nombre, sexo... Nos llevó a trabajar un montón este tema en la clase de sexualidad del curso, fue un aprendizaje para los coordinadores que tuvieron que flexibilizar, cambiar, repensar, sentarse a diseñar algo nuevo y para ello contamos con el apoyo de la gente del Ministerio y ese curso se replicó en el Chaco con una cultura diferente. Fue como el curso mimado, fue como una experiencia única y ahora estamos promoviendo que ya se incluyan a las personas trans en todos los Municipios” (Coordinación Programa Cuidados Domiciliarios, Facultad de Psicología).*

Los contenidos son los que ofrece el Ministerio de Desarrollo Social. Se admiten hasta 50 personas en cada curso pero hay excepciones: *“A veces por ahí se anotan 60 porque la deserción suele ser importante. Aparte, en este plan nosotros integramos a otras personas además de travestis y trans, como personas que se están reinsertando si estuvieron en situación de cárcel... o gente en situaciones de mucha vulnerabilidad social, a veces empiezan, intentan, después les cuesta sostenerlo... Por más que los cursos sean gratuitos, algunos participantes a veces preguntan si hay una ayuda para los viajes, pero la gratuidad abarca los libros” (Coordinación Programa Cuidados Domiciliarios, Facultad de Psicología).*

Entre los requisitos exigidos se señalan excepciones en cuanto a la edad y se intenta desalentar a aquellos postulantes que sobrepasan estudios secundarios completos: *“Por ejemplo, estamos abriendo 8 cursos en Buenos Aires, nos escribieron 1000 personas y hay muchas de 62 años, y les dijimos que igual vayan, o sea, que la edad no es un límite, es flexible y si alguien de 18, 20 años quiere hacerlo también puede, pero evaluamos el perfil, la capacidad, las ganas de hacerlo... tratamos de invertir en quienes van a cuidar. A veces viene alguien con tres títulos universitarios y quiere enriquecer su vida, para pasar el rato y no, en lo posible que sea para aplicarlo, ya que en esto realmente se invierte tiempo y dinero para que la gente tenga una herramienta valiosa de trabajo. Además pedimos un certificado de salud y un certificado de estudios (primarios o secundarios) y antes se pedía de buena conducta, bueno, se sacó, por ejemplo las trans casi todas pasaron por la Policía pero no eran imputables porque las detenían por su trabajo, entonces, ¿tiene sentido un certificado de buena conducta, qué*

te garantiza?” (Coordinación Programa Cuidados Domiciliarios, Facultad de Psicología).

Una vez finalizada la capacitación, se otorga un certificado en el que se especifican las horas cursadas con aval del Ministerio de Desarrollo y la UBA. A los cuidadores se los habilita para trabajar en todo el país. Los egresados pueden cuidar básicamente a adultos mayores *“pero también hay cuidadores trabajando con jóvenes con alguna discapacidad importante, ayudando o acompañándolos a alguna escuela. Y los adultos mayores necesitan que alguien los acompañe porque no pueden manejarse bien en la vida..., lo mejor que puede pasar es que un cuidador sepa, voy a usar la palabra, discriminar en el sentido de diferenciar, las actividades de la vida diaria que esa persona puede sola o no puede”* (Coordinación Programa Cuidados Domiciliarios, Facultad de Psicología).

¿Cómo se insertan laboralmente los cuidadores formados en la Facultad de Psicología? Los coordinadores y los docentes desempeñan un rol importante articulando la oferta y la demanda de trabajo: *“Actuamos como voceros y recomendadores, porque todo el mundo sabe que somos los docentes o coordinadores de los cursos, entonces te llaman y te preguntan: ¿conoces a alguien?, nos cansamos de recomendar todo el tiempo, o sea yo, permanentemente tengo mails y llamados y nos alegra un montón, inclusive en los hogares públicos ya están tomando, acaban de tomar 20 personas de los cursos, o sea, hay mucha movilidad en este tema pero, lo que sí le decimos a la gente, no es una promesa de trabajo, la verdad es que no les prometemos”*.

Otra entidad pública que organiza el curso de formación de cuidadores a nivel local, con independencia del Ministerio nacional, es el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). La Subsecretaría de la Tercera Edad del Ministerio de Desarrollo Social del GCBA fue pionera en la capacitación de cuidadores y combina la capacitación con la prestación de servicios: *“El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires es el único que tiene un valor agregado porque fue el primero que capacitó a formadores, pero además generó un servicio integral de formación con un supuesto que permite apoyar a las personas que necesitan ese cuidado [...] además fuimos nosotros los que hemos asesorado al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación en el armado del curso de Formación de Cuidadores en 1996”* (Subsecretaría de la Tercera Edad - GCBA).

El Programa de Atención Gerontológica Domiciliaria de la Subsecretaría de la Tercera Edad del GCBA brinda a las personas mayores y a sus familiares los apoyos necesarios para prolongar la estadía del adulto mayor en su hogar cuando se agudiza su dependencia por enfermedad o envejecimiento y para ello, encara cursos de formación: *“La modalidad organizativa del Curso para Auxiliares Gerontológicos Domiciliarios es diferente al brindado por el Ministerio a nivel nacional, ya que son los profesionales del GCBA que dictan los cursos (médicos, kinesiólogos, nutricionistas, psicólogos, odontólogos). Hasta 2013 han egresado del curso 185 personas. También se brinda un curso de Asistente Gerontológico Institucional para prestar servicios de prevención, promoción, educación y asistencia a las personas mayores residentes en un establecimiento u hogar de larga estadía y se incluye la formación y actualización del personal que se desempeña como cuidador (auxiliar o asistente) gerontológico en los Hogares de Residencia Permanente para personas mayores del GCBA”*(Subsecretaría de la Tercera Edad - GCBA).

La capacitación se extiende desde abril a noviembre de cada año, comprende clases teóricas, trabajos grupales, prácticas institucionales y prácticas en domicilio e incluye evaluación: *“Las prácticas se hacen en un Hogar dependiente del Gobierno de la Ciudad bajo supervisión de enfermeros. Una vez terminadas estas prácticas hacen las pasantías, y ahí son supervisados con presentismo, desempeño. Cuando el alumno está en condiciones de recibirse se ve la demanda para ser convocados por el servicio. En 2013 se inscribieron en los cursos 100 personas pero es muy alta la deserción”*(Coordinación Curso de Auxiliares Gerontológicos Domiciliarios GCBA).

El curso está dirigido a personas de ambos sexos. Para la admisión se requiere residir en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tener entre 30 y 55 años de edad, estudios primarios completos, buena salud y flexibilidad en el trato personal. No se incluyen en general a personas con altos niveles educativos: *“A lo sumo incorporamos aquellos con estudios secundarios, ya que la mayor capacitación no habilita para trabajar, porque hemos tenido problemas y no resulta para realizar esta tarea. Hay personas que son psicólogas e intentan aplicar los contenidos y se confunde el rol. Deja de ser un auxiliar gerontológico domiciliario para ser psicólogo y ésa no es la idea. La mayor parte de los que cursan son mujeres, muy pocos varones, este año había solo 6. Hay varones trabajando en el servicio y son muy demandados, al punto de estar*

*saturados y trabajar en más de una comuna, porque no son la mayoría” (Coordinación Curso de Auxiliares Gerontológicos Domiciliarios - GCBA).*

*Esta institución aplica un test de selección de postulantes: “... Y entran los 70 u 80 que responden mejor, que sacaron puntajes más elevados. Entonces cada curso tiene una media, si en ese año la media fue alta el curso tendrá mayor riqueza, y si vos tenés una media más baja, tendrás que generar una estrategia de formación más específica. Se evalúan por igual las dos partes que tienen que ver con el conocimiento teórico y con su capacidad de trabajar en grupo, porque si un grupo no es capaz de trabajar, de aceptar la opinión diferente, en realidad hay que tener mucho cuidado cuando ingresás a la casa del otro, que es lo más privado porque es tu casa, cerrás la puerta y por ahí adentro sos otra, nadie sabe, pero el cuidador sabe porque entra” (Subsecretaría de la Tercera Edad - GCBA).*

Aquellas personas que se formaron en dicho ámbito ingresan en el Registro de Auxiliares Gerontológicos Domiciliarios del GCBA según Ley N° 661/1003, con posibilidades de salida laboral tanto en el propio Programa como en otros espacios. Es la única Ley que regula los requisitos de formación, creándose una unidad de control de entes públicos y privados que ofrece una matrícula para que se registren los cursos de formación acreditados por la Subsecretaría de Tercera Edad. En ciertas ocasiones, si bien el GCBA se diferencia de las dependencias del nivel nacional, *“cuando nos piden el reconocimiento de un curso para el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, tienen que presentarnos los currículos de quienes lo van a dictar, cuál es la metodología, cómo se lo va a evaluar [...] y ahora también las provincias están invitadas a hacer el curso. A partir de este año [2013] se otorga el aval del Instituto Superior de la Carrera del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires” (Subsecretaría de la Tercera Edad - GCBA).*

Por otra parte y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existen otras instituciones que se dedican a formar cuidadores. Tal es el caso del Hospital Ramos Mejía. El Área Programática del Hospital Ramos Mejía, institución que depende del Ministerio de Salud del GCBA dicta un curso de 9 meses de duración (abril a diciembre de cada año) que se denomina “Saber cuidar y cuidarse: Curso para los que cuidan ancianos”. Se dicta hace 4 años a cargo de enfermeras, médicos, kinesiólogos y psicólogos del Área Programática: *“En realidad estos cursos - se dicta también un curso de Cuidados para Discapacitados- los iniciamos en el Área de Gerontología*

*porque además de atender en el Hospital haciendo el seguimiento post-alta, vamos al domicilio, y el equipo de geronto hace un taller de gimnasia para todos los adultos mayores. Este equipo aumentó significativamente su rol con el dictado de ambos cursos. Actualmente (2012) ya tenemos 72 personas interesadas en el curso”* (Coordinación Curso - Área Programática del Hospital Ramos Mejía).

La difusión del curso se inicia anualmente en febrero en el Área de Adultos Mayores a través de carteles informativos y se listan los posibles interesados. Recientemente se produjo una modificación en uno de los requisitos: *“Estamos solicitando estudios secundarios completos y antes sólo pedíamos primarios completos o secundarios incompletos. Porque cuando dan las clases los médicos a veces los alumnos no les entienden bien, es diferente cuando las dan las enfermeras, pero debido a eso se aumentó la exigencia del nivel. Actualmente tenemos 72 futuras cuidadoras, que son entrevistadas, primero se las registra, luego los coordinadores las van llamando por teléfono y se les hace una entrevista y un pequeño test”* (Coordinación Curso - Área Programática del Hospital Ramos Mejía).

Es interesante destacar lo que expone la entrevistada sobre el perfil de las ingresantes: *“Una de las cosas que vengo supervisando desde hace 4 años es que la mayoría de las chicas son de nacionalidad peruana y tienen esa dedicación, afecto, esa... especie de simpatía por el adulto mayor. Porque otro de los requisitos que se debe tener para registrar a una futura cuidadora es que la persona tenga interés por el adulto mayor, porque hay muchas personas que no les gusta atender”* (Coordinación Curso Cuidadores- Área Programática del Hospital Ramos Mejía).

El curso está dirigido a personas de ambos sexos, el límite inferior se establece en 18 años sin especificar límites superiores de edad, pero *“son muy pocos lo jóvenes, una media sería de 40, 45 años. Y hemos tenido alumnas de 60 años también. [...] La mayoría de las ingresantes vienen de geriátricos, son empíricas, no tienen certificado, porque hoy en día todos los geriátricos están controlados y tienen que tener su matrícula de cuidadoras; otras son aquellas que cuidan a un familiar cercano, y otras las que van a los hospitales para que las contraten”* (Coordinación Curso Cuidadores- Área Programática del Hospital Ramos Mejía).

La capacitación es gratuita y consta de 15 módulos divididos en clases teóricas y prácticas más una evaluación por módulo y un examen final integrador que incluye la

presentación de un trabajo práctico: *“El Curso se dicta en el Área Programática y las prácticas se realizan en clínica médica. Al finalizar, si aprobaron el curso, reciben un diploma que demora 3 meses, mientras tanto se les otorga una nota para que puedan revisar su matrícula en el Ministerio de Salud del GCBA, salen con matrícula y muy capacitadas en Gerontología”* (Coordinación Curso Cuidadores- Área Programática del Hospital Ramos Mejía).

Los pedidos de trabajo para cuidadores formados se difunden en el Hospital de manera poco sistemática: *“A veces un médico que tiene enferma a la madre o un familiar solicitan cuidadores capacitados, o a veces cuando vamos a una práctica me solicitan en las clínicas médicas, y así... es que el Área Programática tiene sus periféricos y también nos piden las psicólogas, porque de esto se forma una red, las chicas que terminan dejan sus teléfonos, entonces buscamos en la PC y llamamos. Y entre ellas también se forma una red porque si a una no le conviene un trabajo por el horario le recomienda el trabajo a otra y así”* (Coordinación Curso Cuidadores- Área Programática del Hospital Ramos Mejía).

### **La mirada de los cuidadores remunerados sobre la capacitación**

Los 13 entrevistados (12 mujeres y un hombre) trabajan en la asistencia a personas que dejaron de valerse por sí mismas y que son contratados por éstas o sus familias -en forma directa o a través de agencias- para diversas tareas por períodos de tiempo variables. Los cuidadores promedian los 47 años de edad y su antigüedad es variable (entre los 5 y los 33 años). La mayoría es monotributista ya que es una exigencia para ser contratados por empresas de cuidados, agencias y/o geriátricos, pero también lo hacen con particulares optando por propia decisión a trabajar “en negro”. Coinciden en que, de éstos últimos, obtienen una mejor retribución. Sólo cuatro mujeres son extranjeras, y en cuanto al nivel de estudios, la mayoría ha alcanzado el secundario incompleto, pero hay casos en ambos extremos de la escala educativa (desde primario incompleto hasta terciario completo/universitario incompleto). Sólo una entrevistada trabaja de lunes a viernes en lo que se denomina “trabajo con cama adentro”. Casi la mitad de los cuidadores ha encarado alguna formación en este tema.

Cuando se indaga sobre las razones por las se dedicaron a este trabajo y lo mantienen, varios cuidadores hablan de “vocación”, que se define en términos de afinidad con gente mayor, inclinación natural a comunicarse con otros y deseo de ayudar a los demás.

Ante la inexistencia de un marco laboral que lo regule claramente y su inserción en un ámbito tan íntimo como el familiar, no sorprende comprobar la variedad de conceptos que manejan los entrevistados a la hora de describir su trabajo; se auto definen como cuidadores en una gama de matices tan amplia que el perfil aparece confuso, desdibujado hasta casi anularse como una categoría laboral.

Algunos incluyen el trabajo de cuidado entre las diversas tareas domésticas como explica Ofelia: *“Cuando entraba como empleada doméstica siempre en la familia había una persona mayor, entonces me ocupaba de la casa y de la persona mayor”*; a otros se les hace muy difícil perfilar la actividad: *“para algunos el cuidador entra en la categoría de enfermero [...] Pero ni el cuidador ni el enfermero están regularizados. No hay categoría, vos lo hacés por cuenta tuya”* (Armando). Estas palabras apuntan a evidenciar tanto la inexistencia de un marco regulador adecuado en el que se desarrolla la práctica de cuidado como las diversas formas de ejercerla. En ese sentido, Gloria expresa: *“Yo no lo tomaba como cuidado sino como acompañamiento” [...] estaba apta para trabajar con cualquier clase de persona, de acompañar a cualquiera. 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 expresan tanto Analía: *“Tengo que acompañarlo de la mejor manera posible [...] hay que tratar de escuchar qué es lo que necesita del otro y bueno... ése es un poquito el trabajo del cuidador formado”*, como Dina: *“Ella [la señora a la que asiste] siempre me dice: ‘Ud. no es una persona que trabaja, Ud. es mi compañera’ porque yo la acompaño mucho”*; pero Silvia -que integra el plantel de Auxiliares Gerontológicos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires- es mucho más precisa e intenta especificar su trabajo: *“A nosotras se nos llama auxiliares gerontológicas domiciliarias, o sea ésa es nuestra definición. Nosotras no somos cuidadoras [...] nuestra tarea es organización de trámites, acompañarlos al médico o sea hacemos distintas tareas como por ejemplo rehabilitación con las indicaciones de un profesional”*. También Pilar pretende diferenciar su trabajo y 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 va a costar, es otro nivel, otra profesión”, sin embargo no logra dar con una definición que no apele a otras ocupaciones de cuidado mejor delimitadas social y legalmente: “...la cuidadora es diferente, más o menos como la enfermera auxiliar”.*

Esta ambigüedad, que se advierte entre los entrevistados al definir su ocupación, se observa también al hablar de las personas a las que asisten. Entre los que enfocan su trabajo como acompañantes experimentados en mantener confortables a los que no pueden valerse por sí mismos, el asistido aparece en su relato por su nombre de familia; para aquellos que consideran que su actividad es calificada y terapéutica -por la capacitación recibida- las personas cuidadas pasan a ser “pacientes”, en forma genérica e impersonal, como dice Analía, *“ése es mi trabajo, cuidar mi paciente”*.

La mayoría de los cuidadores dedicó, en algún momento de su trayectoria laboral, esfuerzos y tiempo a ampliar sus conocimientos sobre el tema de los cuidados a otras personas; en sus relatos se advierte que, después de varios años de práctica, intentaron avanzar hacia una mayor profesionalidad en coincidencia con la oferta de cursos de diversa índole que se produjo durante los últimos diez años en instituciones privadas y públicas.

Tanto Delia como Ofelia, ambas peruanas, después de varios años de desempeñarse como cuidadoras, cuentan: *“Hice primeros auxilios y ahora estoy estudiando Auxiliar de 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”* (Delia); *“... Acá en la Argentina hice como cuidadora el curso en el Hospital Ramos Mejía en marzo del 2001”* (Ofelia).

Maribel, que inició sus actividades hace cinco años, hizo un curso privado de seis meses en 2008 y 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.

Analía, que se ha desempeñado tanto en forma independiente como a través de agencias, compara y señala la diferencia de niveles en la capacitación a la que acceden: *“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 de la UBA (Facultad de Psicología), que hice en 2009, en seis meses te preparan, tenés una gerontóloga, un podólogo, un psiquiatra, teníamos 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 Analía 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 al ingresar al Programa de Asistentes Gerontológicas de CABA,: *“Primero el área de capacitación te entrevista para ver si vos estás capacitada para hacer esta tarea, de esa entrevista se evalúa y después te llaman para hacer el curso. Ahí te dan toda la capacitación de la parte gerontológica [...] y después que vos aprobaste el curso, 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 forma 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, me pongo en los zapatos de ellos porque yo sé, gracias al curso, cómo actuar de otra manera, porque si yo no hubiera estudiado creo que estaría pasando como ellos o peor, gracias al curso entiendo un montón de cosas”.*

Con relación a 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 como tratarlos en las casas que fui".*

Al indagar cómo influye la tarea del cuidado en la salud de los que ejercen la tarea, se advierte que los esfuerzos físicos del trabajo les causan dolores musculares, contracturas, dolor de cintura o de espalda. Por eso algunas de las mujeres usan fajas y aplican las técnicas aprendidas en los cursos de formación (Findling et al, 2013). La combinación de responsabilidad y lazo afectivo con la persona cuidada es otro aspecto del trabajo que impacta en el estado psicofísico del cuidador: *"Después de cuidar a una persona 3 o 4 años, cuando falleció yo no supe cómo manejar el duelo y me afectó mucho en lo personal"*(Maribel). En cambio los que han recibido capacitación, parecen contar con más recursos para manejar estas situaciones; *"Por eso se hace el curso, para separar el sentimiento"* (Ofelia).

Quienes cuidan, aprenden y se capacitan sobre la atención de otros pero para sí mismos reservan sólo los cuidados necesarios para continuar o mantener su trabajo, ya que la precariedad laboral hace que enfermarse equivalga a quedarse sin trabajo: *"cuando me duele algo no lo digo, busco una medicación que me pueda ayudar y sigo"*(Analía).

En ese sentido es interesante profundizar en la relación entre la formación 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? La pregunta de Borgeaud-Garciandía (2012) intenta realzar que, pese a que en los contenidos de la formación se incluyen aspectos relacionados al manejo de la contención, las cuidadoras deben afrontar estas dificultades y pérdidas en soledad al desarrollar sus tareas.

### **A modo de cierre**

El discurso de los responsables de la formación de cuidados a nivel público muestra las capacidades de diferentes actores para alcanzar sus objetivos y rastrea los cambios producidos en los últimos años a partir del reconocimiento de las necesidades de las personas dependientes.

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. También hay que reconocer las prácticas de otras instituciones públicas (Universidades, Hospitales) que se esfuerzan en llevar adelante cursos de formación de cuidadores que tratan de diversificar su población objetivo y van adquiriendo mayor presencia en la agenda pública.

La coordinación a cargo de estos cursos de formación flexibiliza generalmente los requisitos de ingreso, sobre todo el de los límites máximos de edad ya que los responsables privilegian la voluntad de capacitarse, de insertarse laboralmente y evalúan sobre todo la disposición hacia este tipo de tareas por parte de los postulantes. Esta especie de laxitud en los requisitos es también una manera de prevenir la deserción, ya que los cursos son extensos e incluyen contenidos teóricos y prácticos sobre el cuidado integral dirigido a adultos mayores o personas dependientes. En cambio, y de acuerdo a los responsables entrevistados, casi todos establecen mayores exigencias cuando los futuros ingresantes sobrepasan el nivel de estudios requerido y rechazan la inscripción para aquellas personas con estudios universitarios completos.

Un aspecto destacable es que los cursos son gratuitos y favorecen una mayor posibilidad de capacitación para amplios sectores de la población.

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, la débil difusión dirigida a la demanda de aquellas familias que requieren un cuidador y las lagunas existentes a nivel laboral para que el rol del cuidador domiciliario sea más preciso, ya que la Ley 26844 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 ya que existen serias imprecisiones.

El único Programa que capacita y a su vez brinda provisión gratuita es el de Auxiliares Gerontológicas del GCBA, pero muestra varias restricciones: no cubre horarios extensos, los adultos mayores asistidos requieren de una red de apoyo para obtener este beneficio y está dirigido a personas que demuestren escasez de recursos. Los Auxiliares Gerontológicos capacitados en la institución ingresan a un Registro para una posible selección. Una vez contratados prestan un servicio y deben inscribirse como monotributistas para facturar y contar con la remuneración por la tarea realizada.

Nuevamente, se hace notorio el 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.

En cuanto a las percepciones de los cuidadores entrevistados frente a la formación, 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, la limpieza o el acompañamiento cotidiano.

Muchos 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. Algunos cuidadores que trabajan para empresas y/u otros que –mediante capacitación– han obtenido cierta profesionalidad, en cuanto pueden comienzan a trabajar en forma independiente –en negro– armando redes de cuidadores, por relaciones o parentescos, que les permiten cubrir turnos más largos haciendo reemplazos entre sí.

El discurso de los entrevistados muestra que la capacitación adquirida mejora el ejercicio de sus funciones para el cuidado.

De todas maneras existen aún grietas profundas entre la oferta y la demanda. Para superar estas limitaciones, sería deseable una mayor presencia de las instituciones públicas para coordinar los mecanismos relativos a la provisión del servicio del cuidado y una efectiva regulación que evite la fragmentación existente entre la formación y la efectiva prestación del servicio y la promulgación.

Otro aspecto que merece mayor atención desde el vértice del Estado es la reglamentación legal del ejercicio profesional. La especificidad de la tarea de cuidado requiere de una ley fundamentada en un análisis particularizado de la misma, no equiparable a otros empleos. Si bien hay pocas provincias que ya avanzaron en ese sentido, 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.

## **Bibliografía**

- Bazo, M. T. e I. Ancizu (2004) El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, N° 105
- Belmartino, S. (2009) Los procesos políticos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría, *Política y Gestión*, N° 11
- Borgeaud-Garciandia (2012) La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral, *Trabajo y Sociedad*, Núm. 19
- Bourdieu, P. (1997) *El sentido práctico*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Capdevielle, J. (2012) La sociología figuracional de Norbert Elias y el estructuralismo genético de Pierre Bourdieu: encuentros y desencuentros, *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, N° 52. Disponible en <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/capdevielle.pdf>. Fecha de acceso: 2/3/14.
- Castro, R. (2011) *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial
- CEPAL (2013) Panorama Social de América Latina 2012- Documento Informativo 893. Naciones Unidas. Disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/48455/PanoramaSocial2012DocI-Rev.pdf> Fecha de acceso: 15/8/2013.
- Esping-Andersen, G. (1993) *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia, Alfons el Magnanim.
- Findling, L., Lehner, M.P, Champalbert, L. y Cirino, E.(2013) Para cuidarlos mejor: itinerarios de cuidadores remunerados de Buenos Aires. Ponencia presentada en las III Jornadas de Trabajo Social en el campo gerontológico. Aportes a la construcción de intervenciones críticas con Adultos Mayores. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.
- 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. Disponible en [http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/14992/debate\\_martin\\_CG\\_2009.pdf?sequence=1](http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/14992/debate_martin_CG_2009.pdf?sequence=1) - Fecha de acceso: 15/8/13.

- McAdam, D., S. Tarrow y C. Tilly (2005) *Dinámica de la contienda política*. Madrid, Editorial Hacer. Disponible en <http://www.hacereditorial.es/> - Fecha de acceso: 13/9/2010.
- Pantelides, E. A. y Moreno, M. (Coord.) (2009) Situación de la población en Argentina. Buenos Aires, Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - UNFPA.
- Pautassi, L. (2013) Perspectivas actuales en torno al enfoque de derechos y cuidado: la autonomía en tensión, en L. Pautassi y C. Zibecchi (Coord.) *Las Fronteras del Cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Buenos Aires, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y Biblos.
- Razavi, S. (2007) The political and social economy of care in the development context. Conceptual issues, research questions and policy options. Gender and Development Programme. Paper N°1, Geneva, UNRISD. Disponible en [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf). Fecha de acceso: 08/9/2011
- Roussel, L. (1995) La Solidaridad Intergeneracional: ensayo de perspectivas, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 846 (70).
- Sepúlveda, J. y H. Gómez Dantés (1995) Origen, rumbo y destino de la transición en salud en México y América Latina. Documento preparado para el proyecto La investigación en salud en Latinoamérica. Un Horizonte. Ottawa, CIID (Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo).
- Uribe Gómez, M. (2007) Reformas sociales en América Latina: las perspectivas analíticas y los actores del cambio, *Estudios Sociológicos*, Vol. XXV, N° 2.