

EL TRABAJO DE CUIDADO

Helena Hirata

- *Comparando Brasil, Francia y Japón* •

RESUMEN

El trabajo de cuidado fue ejercido durante mucho tiempo por mujeres al interior del espacio doméstico y de forma gratuita. Algunos factores como el desarrollo de profesiones relacionadas al cuidado, la cada vez mayor inserción de las mujeres en el mercado de trabajo remunerado y los flujos migratorios en un contexto de globalización creciente, crearon no solo una nueva división internacional del trabajo sino que también reconfiguraron el trabajo de cuidado. En este artículo, la autora presenta algunas modalidades de la división sexual e internacional del trabajo a través de un estudio comparado entre Brasil, Francia y Japón. Más allá de las diferencias societarias, los diferentes actores del cuidado como el Estado, el Mercado y la familia, se combinan y actúan de forma desigual y asimétrica. El trabajo de cuidado continúa siendo realizado mayoritariamente por mujeres en los tres países, y probablemente lo seguirá siendo, porque se trata de un trabajo precario, con bajos salarios, poco reconocido y poco valorizado. De esta manera, la autora destaca la importancia de considerar las desigualdades de género, clase y raza que están imbricadas en los contextos de internacionalización del trabajo de cuidado.

PALABRAS CLAVE

Trabajo de cuidado | Mujeres migrantes | División sexual | Desigualdad

El trabajo de cuidado es un ejemplo de las desigualdades imbricadas de género, de clase y de raza, pues los cuidadores son mayoritariamente mujeres, pobres, negras, muchas veces migrantes (migración interna o externa). Por tratarse de “un conjunto de prácticas materiales y psicológicas que consiste en traer respuestas concretas a las necesidades de los demás”,¹ el trabajo de cuidado fue ejercido durante mucho tiempo por mujeres, al interior del espacio doméstico, en la esfera dicha “privada”, de forma gratuita y realizado por amor, junto a ancianos, niños, enfermos, discapacitados físicos y mentales. El desarrollo de las profesiones relacionadas al cuidado, la mercantilización y la externalización de ese trabajo fueron consecuencias, por una parte, del envejecimiento de la población y, por otra parte, de la inserción en masa de las mujeres en el mercado de trabajo en países tan diferentes como Brasil, Francia o Japón. Con la mercantilización, el trabajo femenino de cuidado, gratuito e invisible, se vuelve visible y es, al fin, considerado como un trabajo (con sus corolarios: formación profesional, salario, promoción, carrera etc.). Y puede hasta convertirse en un trabajo ejercido por hombres, como en Japón, en las instituciones de larga permanencia para ancianos, donde, según nuestra investigación de campo,² entre 30 y 35% de los *care workers* son hombres.

La heterogeneidad de los perfiles de los *care workers* entrevistados contrasta con el hecho de que, en los tres países, se trata de una profesión poco valorizada, con salarios relativamente bajos, y con poco reconocimiento social. Esa igualdad en las condiciones profesionales, pese a la desigualdad en los perfiles y en las trayectorias de esos trabajadores, parece encontrar su explicación en el corazón mismo de la actividad de cuidado, realizado tradicional y gratuitamente en la esfera doméstica y familiar por las mujeres. Esa hipótesis, que es formulada por las teóricas del género y del *care*, fue confirmada por nuestra investigación comparativa internacional.³

En este artículo presentamos diferentes modalidades de la división sexual e internacional del trabajo del *care* actualmente, evidenciando el lugar central ocupado por las mujeres en ese contexto. En la primera parte, nos referimos a las migraciones internacionales en un contexto de globalización creciente, con el aumento sensible de la categoría de las mujeres que inmigran solas, sin familia, para el trabajo doméstico remunerado y el trabajo del *care*, sobre todo hacia los países del Norte.

En la segunda parte, subrayamos cómo la división racial y étnica del trabajo, con el conjunto de discriminaciones que acarrea, es indisociable de la división sexual e internacional, e ilustramos con casos específicos encontrados en Francia, Japón y Brasil. En la tercera parte, presentamos las diferentes configuraciones sociales de la organización social del cuidado, a partir del modelo del *care diamond*,⁴ centrándonos particularmente en los casos de Brasil, Francia y Japón. Los múltiples actores del cuidado (Estado, mercado, familia, organizaciones no gubernamentales [ONG], organizaciones sin fines de lucro [*nonprofit organizations*, NPO], asociaciones, filantropía, trabajo voluntario etc.) se combinan y actúan de manera bastante desigual y asimétrica en cada contexto societal, pero en todas las combinaciones se puede afirmar la centralidad del trabajo de las mujeres. Finalmente, retomaremos los aspectos más teóricos de este artículo a la luz de una discusión sobre los paradigmas dominantes en las ciencias sociales, que son puestos en cuestión por la perspectiva del *care*.

1 • Nueva división sexual e internacional del trabajo y migraciones internacionales

Joan Tronto, politóloga norteamericana que tiene gran influencia en las investigaciones sobre el cuidado en Francia, combinando perspectivas de la ciencia política, la economía y la ética, destacó el hecho de que los trabajadores del cuidado son, frecuentemente, proletarios, mujeres y migrantes: “No es solo el género, sino también la pertenencia de clase y de raza lo que, en nuestra cultura, permite identificar quienes practican el cuidado y de qué manera”.⁵ Mi investigación sobre el trabajo de cuidado muestra que su expansión está, hoy, estrechamente ligada a los movimientos migratorios internacionales. No es posible trabajar el tema del cuidado sin interesarse por el crecimiento de las migraciones internacionales femeninas a partir de los años 2000. Los flujos migratorios y la globalización del cuidado y del trabajo reproductivo trazan los contornos generales de una nueva división internacional del trabajo de servicio (la “cadena global de afecto y de asistencia”).⁶

La división internacional del trabajo de los inmigrantes del Sur en las metrópolis del Norte se combina a la división sexual del trabajo, con mujeres en los circuitos inferiores del capital (trabajo informal poco visible) y los hombres en los circuitos más elevados del capital (flujos financieros): “La narrativa dominante sobre la globalización atañe a las esferas más elevadas del capital global, no a las inferiores, y a la hipermovilidad del capital, más que al capital que permanece en su lugar”.⁷

La especificidad del trabajo de cuidado es innegable: no puede ser deslocalizado, como la producción industrial de las multinacionales. El cuidado requiere la migración de trabajadoras (cuidadoras y niñeras de Asia, África, América Latina, Caribe y Europa Oriental) hacia los Estados Unidos, Canadá, Europa Occidental y Japón. Más recientemente, se constata la migración Sur-Sur: por ejemplo, niñeras filipinas en Brasil.

Sin embargo, también debemos señalar que existe el movimiento del capital hacia zonas rentables donde existen beneficiarios potenciales (ancianos dependientes) no deslocalizables: grupos internacionales que administran empresas de cuidado para personas mayores dependientes crean filiales en Europa y en América Latina.

Integrar la división racial y étnica a la división internacional

Una nueva división internacional del trabajo es visibilizada si integramos la dimensión racial/étnica: véase, por ejemplo, la división internacional y étnica del trabajo de confección de las comidas preparadas en Inglaterra investigada por Miriam Glucksman.⁸ De la misma manera, la comparación entre Brasil, Francia y Japón en el sector de cuidados nos indica el interés y la importancia de integrar la dimensión racial y étnica a la división internacional para comprender el proceso de la repartición social del trabajo de cuidado. En Francia, más del 90% de los cuidadores en París y en Île-de-France son migrantes. En Japón, a pesar de los acuerdos de cooperación económica con Indonesia y Filipinas, hay pocas cuidadoras

migrantes en los establecimientos, dadas las exigencias de dominio de la lengua por parte de las autoridades japoneses. En cuanto a Brasil, el movimiento de migración internacional en el sector de cuidado es todavía muy incipiente, pero hay una migración interna desde las regiones Norte y Nordeste hacia el eje São Paulo-Río de Janeiro, por ejemplo, de cuidadoras (así como de las trabajadoras domésticas en la China contemporánea).

Migrantes y racializados/as

Nuestro *corpus* de trabajadores/as del cuidado domiciliario en la región parisienne se constituye de 39 asalariados/as de una asociación que hace la intermediación entre familias de ancianos y cuidadoras, las cuales son empleadas por la asociación.⁹ Esas cuidadoras, entrevistadas en Francia, tienen trayectorias profesionales y personales muy marcadas por los movimientos migratorios. Del grupo de 39 personas, 36 eran inmigrantes (34 mujeres inmigrantes, dos hijos de inmigrantes) y solo tres (7,6%) eran de origen francés: una “auxiliar de enfermería”, una “enfermera” y un “cuidador domiciliario”. De los 39, solo cuatro eran hombres (10%).

Se observa el mismo fenómeno en instituciones: en una institución de larga permanencia de ancianos dependientes (*établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes* - EHPAD), de 32 *care workers* entrevistados, 28 eran inmigrantes (23 inmigrantes más cinco hijos de inmigrantes); cuatro eran de origen francés (13%); cuatro eran hombres (10%).

Los cuidadores domiciliarios inmigrantes en Francia son de orígenes nacionales diversos: once vienen de Argelia; uno de Marruecos; nueve del África Negra (Togo, Senegal, Mali, Camerún); seis del Caribe (Martinica, Guadalupe); uno de Reunión;¹⁰ cuatro de Haití; uno del Líbano; y uno de Portugal.

Los cuidadores en instituciones (EHPAD) también son de orígenes nacionales diversos. Ocho del Magreb (Argelia, Marruecos, Túnez, dos hijos de inmigrantes); ocho del África Negra (Mali, Camerún, Guinea, Zaire, Benín, Gabón, Nigeria, dos hijos de inmigrantes de esos países); cuatro del Caribe (Martinica y Guadalupe), uno procedente de Haití; tres de Madagascar; uno de Reunión; uno de las Islas Mauricio; uno del Líbano; uno de Portugal; uno de Bélgica; y un hijo de inmigrantes cuyos padres vinieron de Alemania.

En Brasil, no he encontrado a ningún/una trabajador(a) que fuera inmigrante, ni en instituciones, ni entre los que trabajaban en domicilio, con excepción de una mujer boliviana cuyo estatus y perfil eran muy atípicos (una en 130, del total de entrevistados/as en domicilios y en instituciones). En contrapartida, la migración interna es muy grande, con tan solo 14% de nuestro *corpus* constituido por trabajadoras oriundas del estado de São Paulo, donde ejercen su actividad. Una de las peculiaridades de Brasil adviene, por lo tanto, de que las actividades de *care*, en casa o en instituciones para ancianos, son realizadas por brasileños. Aunque el trabajo doméstico fue asumido, hasta el fin del siglo XIX, por esclavos africanos y sus descendientes, y pese a que entre fines del siglo XIX y principios del XX Brasil haya

asistido a flujos significativos de migración de Europa y de Japón para el trabajo agrícola y para la industria, el sector del empleo doméstico remunerado se nutre, hoy, de asalariados de nacionalidad brasileña, muchas veces originarios del Nordeste del país, pero también de los estados de Minas Gerais, Paraná o Santa Catarina. Son, así, migraciones internas.

Las desigualdades oriundas de las diferencias raciales y étnicas son un punto a destacar. La discriminación (el racismo) es el corolario de ese gran contingente de inmigrantes entre los trabajadores del cuidado en Francia. Comentarios y comportamientos racistas fueron relatados por muchos de los cuidadores de la asociación entrevistados. También las desigualdades de estatus de empleo conducen a la discriminación. Relataremos a continuación casos encontrados en instituciones de cuidado a ancianos en Francia y Japón.¹¹

2 • Desigualdades y discriminaciones

Francia: desigualdades y discriminaciones en un contexto migratorio

Los inmigrantes que vienen de países del África del Norte o del África Negra con un diploma de médico o de enfermera, diplomas no reconocidos en Francia, son reclutados sistemáticamente por los EHPAD como cuidadores o auxiliares de enfermería, profesiones que no necesitan generalmente más que un año de formación. La presencia de profesionales altamente cualificados, por ejemplo, en el turno nocturno, cuando la dirección y los médicos están ausentes, es una ventaja incontestable para el establecimiento. En nuestra investigación, encontramos a seis médicos/as, la mitad reclutados como enfermeros/as, y la otra mitad, como auxiliares de enfermería.

M., cuidador nocturno reclutado como auxiliar de enfermería en un EHPAD, tenía 33 años y había venido de Guinea en 2004. Su formación de médico en el país de origen lo llevó a hacer prácticas en el Instituto Nacional de la Salud y la Investigación en Medicina (INSERM, por sus siglas en francés) y una maestría en salud pública en París, con una especialización en medicina tropical. Su salario mensual neto era de 1500 euros, a veces un poco más cuando hacía horas extras. Según él, hay personas mayores que se niegan a que él las cuide, porque es negro, diciendo “Déjeme en paz”. Consiguió su empleo por la Agencia Nacional para el Empleo (ANPE, por sus siglas en francés) y su proyecto es regresar a su país en el futuro para ejercer la profesión de médico.

Francia: de la desigualdad de raza al racismo

Discursos racistas de parte de los beneficiarios de cuidado fueron mencionados por muchos de los cuidadores domiciliarios. Particularmente impactante es el discurso de un cuidador del sexo masculino de 45 años, de origen extranjero, al sistematizar varias cosas dichas por personas mayores en un EHPAD. Él expresa sufrimiento y revuelta contra el racismo de las personas ancianas que residían en una institución francesa y

que le decían: “¿Qué está haciendo usted en mi país? ¿Cuándo se va?” Cuenta también el caso de una anciana que le dijo a un cuidador negro nacido en Francia: “Váyase a su país”, o el caso de una señora mayor que buscó a una practicante blanca para darle consejos: “No hagas ese trabajo, déjalo para los *otros*”. La misma que escondía su caja de bombones para ofrecérselos solo a las cuidadoras blancas.

Japón: desigualdad y discriminación. El trabajo no regular (*rinji* o *haken*)

La coexistencia en una misma institución de trabajadores de estatus regular y trabajadores no regulares (*haken*, *rinji* o *part-timer*) conduce a prácticas discriminatorias hacia estos últimos, sobre todo en términos de salarios y de beneficios. Así, pudimos entrevistar a trabajadores no regulares en Japón que tenían un salario muy bajo comparado al de sus homólogos con status regular, sobre todo porque ellos no se beneficiaban – salvo de manera muy simbólica – de la bonificación, parte variable del salario, pero de suma importancia en las empresas japonesas (equivalente, en los establecimientos japoneses estudiados en esta investigación, a 4 o 5 veces el salario mensual, dos veces al año).

F., cuidador (*helper*) de sexo masculino, de 28 años, que trabaja en un establecimiento japonés que acoge a ancianos dependientes, tenía un diploma universitario en economía, más seis meses de formación en el trabajo de cuidado, pero siendo *ringi*, trabajador no regular, sin los derechos de los trabajadores con estatus de empleo permanente, recibía un salario mensual de 120.000 yenes, más bajo que los salarios femeninos, tradicionalmente inferiores en las empresas japonesas comparativamente con los salarios masculinos. Él mencionaba su situación de empleo, la falta de efectivos, la intensificación del trabajo y los problemas de las relaciones humanas en el seno del establecimiento, al manifestar su intención de buscar otro empleo.

Brasil: discriminaciones salariales y racismo

La gran mayoría de las cuidadoras entrevistadas tanto en instituciones de larga permanencia de ancianos como entre las cuidadoras en domicilio, eran negras o pardas y evocaron situaciones de racismo, tanto en términos de violencia verbal como de comportamientos racistas. A esas formas de racismo se añaden las situaciones de discriminación salarial por medio del no reconocimiento de sus cualificaciones. El número de enfermeros/as y de auxiliares de enfermería que son reclutados y remunerados como “cuidadores/as” es muy significativo en Brasil. La cualificación de esos profesionales no es reconocida. Podemos encontrar situaciones similares también en Francia y Japón. Se trata de una práctica de gestión para reducir los costos salariales. Se intenta obtener, en las instituciones de larga permanencia de ancianos, asalariados competentes y bien formados para el trabajo de “cuidador”. Siendo la formación para ese oficio muy precaria en Brasil, los establecimientos prefieren reclutar a auxiliares o técnicos de enfermería con el secundario completo más un año o dos de formación para cuidar a personas mayores, ofreciéndoles un salario de cuidador(a).

3 • División sexual, internacional y social de la organización del cuidado: Brasil, Francia y Japón

Los múltiples actores del cuidado en la sociedad se combinan de manera bastante desigual y asimétrica en cada contexto societal: Estado (estructuras centrales y locales), mercado, familia, organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones sin fines de lucro (*nonprofit organizations*, NPO), asociaciones, filantropía, trabajo voluntario y comunidad se combinan de formas diferentes para asegurar la organización social del cuidado.¹² Las múltiples configuraciones de lo que algunos denominan *care diamond* (el “diamante del cuidado”: Estado, mercado, familia, comunidad [o voluntariado, sector sin fines de lucro])¹³ son visibles en nuestra comparación entre Brasil, Francia y Japón.

Francia

En el caso de Francia, las políticas públicas tienen un papel central en el cuidado de las personas mayores, con un gran número de dispositivos. La asignación personalizada de autonomía (*allocation personnalisée d'autonomie*, APA)¹⁴ refuerza el papel de los poderes locales (Consejos Regionales). El sector asociativo y las ONG están igualmente muy presentes en la provisión del cuidado en esa categoría de individuos. Están estructurados para realizar una verdadera mediación entre los beneficiarios del cuidado y los diferentes actores proveedores. El voluntariado y la filantropía son también estructurados y activos desde hace al menos 20 años. En cuanto al mercado, se constata el desarrollo de un mercado de trabajo informal, de un lado, y, del otro, el desarrollo de estructuras con licencia del gobierno en el nivel de las empresas privadas.

Los miembros de la familia que cuidan a familiares ancianos pueden también beneficiarse de la APA. Según encuestas recientes,¹⁵ un 16% de miembros de la familia recibe un pequeño salario para cuidar a miembros ancianos de la familia en el domicilio. Ese tipo de medida no tiene equivalente en Japón o en Brasil. Los miembros de la familia proveen, en estos dos últimos países, trabajo de cuidado no remunerado.

Japón

En el caso japonés, el cuidado con las personas mayores es atribuido a la familia y, en particular, a las mujeres en el interior de las familias. Así, el cuidado informal no remunerado tiene un papel central en aquel país.

El sector público también ha sido muy activo en estos últimos años, sobre todo desde el “reconocimiento institucional del cuidado”¹⁶ con la promulgación del Long-Term Care Insurance (LTCI por sus siglas en inglés) en 2000.

Como en Francia, el mercado asiste a los beneficiarios del cuidado bajo la forma de empresas parapúblicas o empresas privadas que tienen autorización del gobierno para operar en ese sector.

Importantes flujos financieros existen entre el sector público y el mercado, por un lado, y las ONG, por el otro. El LTCI es financiado por un impuesto obligatorio de todos los residentes en Japón de 40 años o más (incluso los residentes extranjeros). En caso de necesidad de cuidado, un residente paga el 10% de los costos y el gobierno local paga el 90% restante. Programas más recientes como el Acuerdo de Alianza Económica (APEJI), firmado en 2007, intentan introducir la mano de obra de inmigrantes en el sector del cuidado. Segundo Ito,¹⁷ en 2004, “13,6% de los ancianos recibían cuidados en las instituciones de larga permanencia de ancianos, 75% son cuidados por los miembros de su familia. Entre los cuidadores familiares, 75% son del sexo femenino: esposas, hijas, cuñadas, nueras”.

Brasil

En el caso brasileño, son las redes sociales (redes familiares, redes de vecindad, redes sociales más amplias) las que ocupan un papel central en la provisión del cuidado. La familia todavía es el lugar predominante del cuidado, que es de responsabilidad de sus miembros, sobre todo de las mujeres, pero también de las empleadas domésticas, que son reclutadas para las tareas del hogar, pero también son llevadas a cuidar de las personas mayores y de los niños de la familia. El mercado es, entonces, un proveedor de cuidados, sobre todo por la oferta de servicios de esas empleadas domésticas, pero también por las empresas y agencias del *home care*. El Estado, a pesar de los esfuerzos sistemáticos, sobre todo a partir de los años de 1990, todavía no dispone de un programa eficaz y bien dotado financieramente de cuidado de las personas mayores. También en el sector de cuidado de los niños hay mucho por construir en términos de equipamientos colectivos (guarderías, jardines de infancia, estructuras colectivas), fundamentales para que las mujeres puedan trabajar fuera de casa.

4 • Algunas pistas de reflexión a modo de conclusión

Una primera pista de reflexión se refiere a la teoría del *care* y a la crítica que se puede hacer a partir de ella a los paradigmas dominantes: el paradigma de una jerarquía en que la razón y la cognición serían instancias superiores a las emociones y a los afectos; y el paradigma de la disciplinabilidad, que erige a la sociología en tanto disciplina como instancia privilegiada de análisis, rebajando a la interdisciplinabilidad como discutible y menospreciable.

Sobre la relación entre razón y sentimientos, individuo y colectivo, social y moral, la fluidez de las fronteras entre, de un lado, los afectos, el amor, la emoción y, del otro, lo cognitivo, la técnica, las prácticas materiales en el trabajo del cuidado, cuestiona uno de los paradigmas de la sociología general de jerarquización e interiorización de la emoción y de los sentimientos en relación a la razón y a la cognición.¹⁸

El otro aspecto de esa pista de reflexión tiene que ver con la interdisciplinabilidad. El enfoque definitivamente interdisciplinario de las teorías del *care* (sociología, psicología, ciencia política, filosofía etc.) cuestiona uno de los grandes paradigmas de la sociología

general, la disciplinarietà (desconfianza en cuanto a los enfoques interdisciplinarios o pluridisciplinarios). Fueron las sociólogas del género, situadas en la periferia de la disciplina, en sus “márgenes” (expresión de Crenshaw), las que pudieron avanzar en la elaboración de enfoques definitivamente inter y pluridisciplinarios.

Una segunda pista de reflexión atañe a la centralidad del trabajo de las mujeres. El análisis del trabajo del *care* confirma la idea de la centralidad del trabajo de las mujeres, tanto en las instituciones como en domicilio, tanto realizado gratuitamente como a título de actividad remunerada.

Más allá de las diferencias societales, ese trabajo es realizado mayoritariamente por mujeres en los tres países, y probablemente lo seguirá siendo, dado que se trata de un trabajo precario, con bajos salarios, mal remunerado, poco reconocido y poco valorizado.

El cuidado en domicilio, dada la necesidad de realización simultánea del trabajo doméstico y de cuidados, es realizado por mujeres en los tres países – en el caso de Europa, por mujeres migrantes y muchas veces sin documentos; en Brasil, por empleadas domésticas o por día sin vínculos laborales formales; y en Japón también mayoritariamente por mujeres, aunque en las instituciones de larga permanencia de ancianos hay cerca de 35% de cuidadores del sexo masculino.

La organización social del cuidado atribuye un papel central a la mujer y a la familia en los tres países estudiados.¹⁹

Una tercera pista de reflexión habla de las desigualdades raciales y de clase, que, juntamente con las desigualdades de género, terminan por trazar la figura de la cuidadora de personas mayores, cualquiera sea el país estudiado. Para reflexionar sobre las relaciones de raza, de clase y de género como relaciones de poder consubstanciales, la teoría de la interseccionalidad²⁰ puede ser un poderoso instrumento analítico. La interdependencia de las relaciones de raza, de género y de clase en tanto relaciones de poder y la no jerarquización de esas tres dimensiones son características esenciales del paradigma interseccional. La interseccionalidad puede ser considerada un instrumento de conocimiento y al mismo tiempo un instrumento de acción política. Los límites de un enfoque a partir del género, que no tiene en cuenta ni la pertenencia a una clase social ni la raza, es un punto de partida crítico de una perspectiva de género que no considera la opresión imbricada de las diferentes relaciones sociales.

Una última pista de reflexión concierne a las formas de superación de la actual división sexual en el trabajo de cuidado, destacando el papel, en ese proceso de superación, de las políticas públicas y de los movimientos feministas. En las sociedades contemporáneas, las movilizaciones de las militantes feministas por una repartición igualitaria del trabajo doméstico y de cuidado y las políticas sociales y familiares de algunos Estados por una mayor igualdad entre mujeres y hombres vienen apuntando hacia las vías posibles de una superación de la actual división sexual del trabajo. Seguramente no habrá mayor igualdad profesional entre hombres y mujeres mientras permanezca la asimetría en la realización

del trabajo doméstico y de cuidados, que sigue siendo considerada de responsabilidad exclusiva de las mujeres. Es innegable la importancia de la discusión teórica alrededor de “desgenerizar” el *care*²¹ para pensar una nueva división sexual del trabajo de cuidado, en la que hombres y mujeres sean responsables de la atención a las personas dependientes. El cuidado con los seres dependientes – niños, ancianos, personas con discapacidades físicas y mentales, enfermos etc. – debe ser tarea de todos los seres humanos, sin distinción de sexo, en la medida en que todos son vulnerables en algún momento de sus vidas.²²

Las investigaciones sobre el cuidado pueden contribuir para que esa definición de la vulnerabilidad sea más difundida en la sociedad como un todo, cuestionando la segregación sexual actual del trabajo de cuidado.

NOTAS

1 • Pascale Molinier, Sandra Laugier y Patricia Paperman, *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (Paris: Payot & Rivages, 2009): 17.

2 • La investigación “Teoría e práctica do cuidado. Comparação Brasil, França, Japão” fue realizada en 2010 y 2011. Contamos con la participación, en el campo brasileño, de Myrian Matsuo, investigadora de la FUNDACENTRO - Ministerio de Trabajo, São Paulo, y, en el campo francés, de Efthymia Makridou, doctoranda en sociología del laboratorio CRESPPA-GTM - Universidad de París 8 (cf. Helena Hirata, Efthymia Makridou y Myrian Matsuo, *Le travail du care: comparaisons Brésil, France, Japon - Comunicação no Colloquio Internacional “Théories et pratiques du care: comparaisons internationales*, Université Paris Descartes, 13 y 14 de junio de 2013).

3 • Para la investigación de campo del proyecto “Teorías e prácticas do care em perspectiva comparada: Brasil, França, Japão”, realizamos en 2010 y 2011 un total de 330 entrevistas:

- 235 en establecimientos (3 *Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes* en Francia, 3 *Instituições de Longa Permanência para Idosos* en Brasil y 3 *Tokubetsu Yogo Rojin Home* en

Japón): 10% de hombres en Francia, 3% en Brasil, cerca de 35% en Japón.

- 95 cuidadoras domiciliarias (*zaitaku homon kaigo, cuidadoras, aide à domicile pour personnes âgées*) en los tres países (100% mujeres).

4 • Shahra Razavi, *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options - Paper n° 3* (Ginebra: UNRISD, Gender and Development Programme, junio de 2007).

5 • Joan Tronto, *Un monde vulnérable: pour une politique du care - Coll. Textes à l'Appui* (Paris: La Découverte, [1993] 2009): 156.

6 • Cf. Cristina Carrasco, “La sostenibilidad de la vida humana : un asunto de mujeres ?,” *Mientras Tanto*, n° 82 (otoño-invierno, 2001); Saskia Sassen, “Global Cities and Survival Circuits,” en *Global Woman. Nannies, Maids and sex workers in the new economy*, ed. Barbara Ehrenreich y Arlie Russell Hochschild (New York: Metropolitan Books, 2003): Introducción.

7 • Saskia Sassen, “Global Cities and Survival Circuits,” en *Global Woman. Nannies, Maids and sex workers in the new economy*, ed. Barbara Ehrenreich y Arlie Russell Hochschild (New York: Metropolitan Books,

2003): 254-274.

8 • Miriam Glucksmann, "Les plats cuisinés et la nouvelle division internationale du travail," in *Le sexe de la mondialisation*, Jules Falquet et al. (Paris: Presses de Sciences Po, 2010): 85-98.

9 • Una especificidad francesa debe ser destacada: el 90% del trabajo de cuidado en París y en la región parisense es realizado por trabajadores/as inmigrantes o hijos/as de inmigrantes nacidos/as en Francia. En otras regiones francesas, el número de inmigrantes es pequeño, y los/as trabajadores/as del cuidado son normalmente empleados/as franceses/as.

10 • Aunque Martinica, Guadalupe y Reunión forman parte de Francia como departamentos y territorios de ultramar (*départements et territoires d'outre-mer*, DOM), y aunque esos trabajadores tienen la nacionalidad francesa, en la calidad de trabajadores, son considerados inmigrantes y "racializados"/discriminados por su color de piel, por el acento y por venir de un territorio localizado fuera de la Francia dicha continental.

11 • Eso no significa que no haya discriminación racial en las instituciones de larga permanencia de ancianos (ILPI, por sus siglas en portugués) en Brasil, pues el racismo ordinario es regla también en ese país, aunque no presentemos aquí ningún "caso" en particular.

12 • Helena Hirata y Nadya Araujo Guimarães (orgs.), *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care* (São Paulo: Atlas, 2002).

13 • Razavi, *The Political and Social Economy of Care in a Development Context*, 20-3; Emiko Ochiai, *Changing care diamonds in Europe and Asia: Is Europe becoming Asia?* - Conferência Inaugural, Center for French-Japanese Advanced Studies in Paris, EHESS, 13 abr. 2015.

14 • La asignación personalizada de autonomía, creada en 2002, es el principal instrumento de política pública en lo que se refiere a las personas de más de 60 años en Francia en situación de pérdida de autonomía. Tal situación es evaluada según una clasificación de niveles de dependencia que va de 1 a 6; las personas clasificadas en los niveles 5 y

6 son consideradas autónomas y sin posibilidad de usufructuar ese beneficio. La asignación es concedida a todos aquellos con 60 años o más independientemente del nivel de recursos, pero el monto de la asignación es mayor o menor de acuerdo con el último. Esa asignación sirve para pagar los gastos del anciano que permanece en su domicilio o para pagar una parte del costo de ser hospedado en una institución de larga permanencia de ancianos dependientes. La asignación es concedida por el Consejo Departamental en Francia, y un familiar (hijo/a, hermano/a) que ayude en el domicilio puede ser beneficiado. Los cónyuges están excluidos de ese beneficio.

15 • Florence Weber, Loïc Trabut and Solène Billaud (dir.), *Le Salaire de la confiance. L'aide à domicile aujourd'hui* (Paris: Éditions rue d'Ulm, 2014).

16 • Ruri Ito, "Immigration et travail de care dans une société vieillissante: le cas du Japon," in *Le sexe de la mondialisation*, Jules Falquet et al. (Paris: Presses de Sciences Politiques, 2010): 139.

17 • Ito, "Immigration et travail de care dans une société vieillissante", 141.

18 • Patricia Paperman, *Care et sentiments* (Paris: PUF, Coll, 2013): 24-5.

19 • Esa situación no es exclusiva de los tres países estudiados, como muestra la investigación realizada en Bélgica por Florence Degavre and Marthe Nyssens, "L'innovation sociale dans les services d'aide à domicile. Les apports d'une lecture polanyienne et féministe," *Revue Française de Socio-Economie*, 2 (2008): 79-98.

20 • Cf. dossiê sobre género e interseccionalidad presentado por Nadya Araujo Guimarães y Helena Hirata, "Dossiê Trabalho e Gênero" *Tempo Social* 26, nº 1 (ene./jun. 2014).

21 • Cf. Tronto, *Un monde vulnérable*, 156.

22 • Joan Tronto, *Un monde vulnérable: pour une politique du care* - Coll. *Textes à l'Appui* (Paris: La Découverte, [1993] 2009); Pascale Molinier, Sandra Laugier e Patricia Paperman, *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (Paris: Payot & Rivages, 2009).



HELENA HIRATA – *Brasil*

Directora emérita de investigación en el Centro Nacional de Investigación Científica (CNRS, por sus siglas en francés), de Francia, y profesora visitante en el Departamento de Sociología de la Universidad de São Paulo.

contacto: helenahirata99@gmail.com

Recibido en octubre de 2016.

Original en portugués. Traducido por Celina Lagrutta.



"Esta revista es publicada bajo la licencia la Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License"