EDICIONES COMPLUTENSE

Sociología del Trabajo
ISSN-e: 2603-9710

ARTÍCULOS

Trabajo de cuidados y pandemia del Covid-19: comparación entre Francia y Brasil[1]

Helena Hirata
Directora emérita de investigación CRESPPA/GTM-CNRS (Centro de Investigaciones Sociológicas y Políticas de París/Equipo Género, Trabajo y Movilidad–Centre National de la Recherche Scientifique). Francia.

Michelle F. Redondo
Investigadora posdoctoral en el CRESPPA/GTM-CNRS (Centro de Investigaciones Sociológicas y Políticas de París/Equipo Género, Trabajo y Movilidad–Centre National de la Recherche Scientifique). Francia.

https://dx.doi.org/10.5209/stra.99552

Recibido: 15/09/2024

ES **Resumen:** Este artículo analiza las experiencias de las trabajadoras de los cuidados durante la pandemia. Más concretamente, examina la experiencia de quienes trabajan en las residencias de personas mayores y dependientes en Francia y Brasil, y de quienes trabajan como auxiliares a domicilio en Brasil. A través de una metodología cualitativa que emplea entrevistas semiestructuradas. La investigación nos llevó a centrar nuestras observaciones en el miedo. De esta manera, se analizan las rutinas de las trabajadoras en ambos países, teniendo en cuenta las políticas públicas implementadas durante la pandemia en los distintos contextos, destacando sus similitudes y diferencias. Se trata de una investigación en curso que pone de relieve las aportaciones de la comparación internacional.
Palabras clave: pandemia del Covid-19, cuidadoras, miedo, residencias de personas mayores, ayuda a domicilio.

ENG Care work and the Covid-19 pandemic: a comparison between France and Brazil

Abstract: This article analyses the experiences of care workers during the pandemic. More specifically, it examines the experience of those working in care homes for older and dependent people in France and Brazil, and those working as home helpers in Brazil. Through a qualitative methodology using semi-structured interviews. The research led us to focus our observations on the fear. In this way, the routines of the workers in both countries are analysed, taking into account the public policies implemented during the pandemic in the different contexts, highlighting their similarities and differences. This is ongoing research that highlights the contributions of international comparison.
Keywords: Covid-19 pandemic, care workers, fear, nursing homes, home helpers

Sumario: 1. Introducción. 2. Marco teórico. 3. Metodología. 4. La pandemia del Covid-19 en Francia y Brasil. 5. El miedo a contagiar y a ser contagiado, el miedo a la muerte. 6. Miedo en la intensificación del trabajo. 7. El triple miedo a las cuidadoras a domicilio en Sao Paulo. 8. Conclusiones. 9. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Hirata, H.; F. Redondo, M. (2024). Trabajo de cuidados y pandemia del Covid-19: comparación entre Francia y Brasil. *Sociología del trabajo* 105 (2024) 41-54. https://dx.doi.org/10.5209/stra.XXXXX

1. Introducción

El presidente de la República Francesa, Emmanuel Macron, dijo en su discurso del 13 de abril de 2020 sobre la extensión del confinamiento: "*el momento que vivimos* [...] *nos recuerda que somos vulnerables,*

1 Este artículo se ha elaborado en el marco de un proyecto transnacional titulado "¿A quién le importa? Reconstruir los cuidados en un mundo post-pandémico", T-AP (Plataforma Transatlántica) Recuperación, Renovación y Resiliencia en un Mundo Post-Pandémico (RRR) financiado en Francia por la ANR (Agence Nationale de la Recherche), proyecto nº ANR-22-RRRP-002.

probablemente lo habíamos olvidado" y, concluyó con estas palabras : "*Así que cuídense, cuidémonos los unos a los otros*". Una de las controversias en torno a los cuidados–si se aplican sólo a las personas dependientes o se extienden también a las personas consideradas "autónomas"?–fue barrida durante esta pandemia, en la que todo el mundo se sentía y se mostraba vulnerable, incluidos los "hombres blancos adultos de las clases privilegiadas". Por el contrario, hay que tener muy en cuenta la vulnerabilidad constitutiva del ser humano, como nos invita a hacer Patricia Paperman (2005) en el título de uno de sus artículos: "No hay nada excepcional en las personas vulnerables". Ella reafirma la centralidad y la omnipresencia del *cuidado* detrás de la imagen tranquilizadora de una sociedad formada por adultos competentes, iguales, autónomos y sanos (Paperman, 2005, p. 291). Es esta "imagen tranquilizadora" la que se ha hecho añicos con la pandemia, que ha sacado a la luz la fragilidad de todos y su necesidad de *cuidados* y *curación*. La interdependencia entre los seres humanos, estrechamente ligada a esta vulnerabilidad, hace del *cuidado* una actitud y una práctica central en el contexto de la pandemia, destacada por el trabajo "esencial", marcado su carácter de utilidad social. Somos conscientes de que no sólo las cuidadoras, sino también las personas que trabajan como cajeras, repartidoras, limpiadoras urbanas y en la recogida de basuras, forman parte de esta red de interdependencia: realizan un trabajo tan necesario para la producción y reproducción de la vida como las cuidadoras. Podemos considerar estas profesiones como cuidadoras en el sentido más amplio. Lo que tienen en común con las cuidadoras es el no reconocimiento simbólico y monetario de su trabajo y la invisibilidad de lo que hacen, que la pandemia ha hecho visible durante un tiempo.

Ante la imposibilidad de tener en cuenta a todas estas *profesiones del cuidado*, este artículo se centra en aquellas que cuidaron de ancianos durante la pandemia, basándose en un elemento común a todas ellas: el miedo.

Entendemos el miedo como "*la confrontación insoportable con la amenaza a la propia integridad física y psicológica*" y "*consideramos que no se doma mediante la familiarización con la amenaza*" (Dessors y Schram, 2009: 70).

Así pues, teniendo en cuenta la afirmación de Dessors y Schram (2009) de que quienes experimentan miedo en su realidad tienen una experiencia abrumadora que ningún juicio externo puede cuestionar, el principal objetivo de este artículo es, por tanto, poner de relieve la experiencia de las cuidadoras[2] que, durante la pandemia, trabajaron con personas mayores, ya fuera en sus propios domicilios o en residencias de ancianos. Esto se hace de forma comparativa entre Francia y Brasil, para que podamos entender la forma en que los diferentes métodos gubernamentales de gestión de la pandemia han influido en la experiencia de los trabajadores afectados en cada país. Así que este artículo se basa en un trabajo de campo realizado en Brasil y Francia. Analiza la experiencia de las *cuidadoras de* estos dos países y sus vivencias sobre el trabajo durante la pandemia y el miedo a contaminarse a sí mismos y a sus familias cuidando a personas ancianas enfermas.

La comparación de estos dos países, a pesar de las diferencias significativas en sus historias, instituciones políticas y mercados laborales, es posible porque están arraigados en el mismo régimen capitalista y en el comercio globalizado, lo que permite una cierta similitud en la forma institucionalizada de cuidar las personas mayores y en las habilidades requeridas de las cuidadoras. Esta comparación ha permitido comprender mejor las diferencias en la experiencia de la pandemia, sobre todo debido a las especificidades de las políticas públicas de estos dos países.

Sabemos que el miedo fue generalizado durante la pandemia, pero es importante conocer la experiencia de quienes siguieron trabajando, porque al mismo tiempo que oían hablar de los peligros del Covid-19 y de la necesidad de quedarse en casa para asegurar su propia vida y la de sus seres queridos, salían de sus hogares para seguir trabajando y garantizar el bienestar de la población. Con esta idea en mente, nos centramos en este artículo en las cuidadoras de personas mayores. Estas trabajadoras, que han seguido trabajando, no se han protegido como el resto de la población y, además, han tenido la responsabilidad de cuidar a un colectivo en riesgo de Covid. Es importante señalar que incluso notaron la ausencia de sus jefes y compañeros del sector administrativo en su lugar de trabajo. De este modo, experimentaron una clara diferenciación, que podría convertirse en un sentimiento de abandono.

Debido a este contexto, modificado, como veremos, por las acciones del gobierno, el miedo se considera en este artículo como un elemento que atraviesa toda la experiencia de las trabajadoras. En este sentido, aunque no se trate o no se destaque, sabemos que está presente y que influye en las percepciones, por lo que lo consideramos un elemento que influye en la intensificación del trabajo.

2. Marco teórico

Esta investigación se inscribe en la llamada "escuela francesa de estudios sobre el cuidado" (Molinier, 2020, p.7) y también tiene en cuenta las enseñanzas de la psicodinámica del trabajo (Dejours, 1980, 1987-1988; Dessors y Schram, 2009).

La escuela francesa de estudios sobre *el trabajo del cuidado* considera que la vulnerabilidad y la interdependencia son constitutivas de todo ser humano, y que el *cuidado* es responsabilidad de todos, independientemente de la clase social, el sexo o la raza. Hay una serie de controversias en el campo de *los cuidados* que dificultan su conceptualización.

---

2 Nos referiremos a esta categoría profesional en femenino -cuidadoras-, ya que las mujeres representan una mayoría muy amplia en este tipo de trabajo.

La perspectiva *del cuidado* se basa en la experiencia singular e irreductible, en los sentimientos, lo concreto, lo relacional. Es esta teoría *del cuidado* como relación la que sirve de marco teórico que guía nuestra investigación. De ahí la definición de *cuidado*:

> "*El cuidado es* "*un trabajo material, técnico y emocional que está configurado por relaciones sociales de género, clase y raza/etnia, entre diferentes protagonistas: los proveedores y los receptores de cuidados, así como todos aquellos que gestionan, supervisan o prescriben el trabajo. El cuidado no es sólo una actitud asistencial; abarca un conjunto de actividades y relaciones materiales que implican dar una respuesta concreta a las necesidades de las demás personas. También puede definirse como una relación de servicio, apoyo y asistencia, remunerada o no, que implica un sentido de responsabilidad por la vida y el bienestar de los demás*" (Hirata, 2021, p. 38-39).

La dimensión del trabajo, a menudo ausente en las problematizaciones sobre la ética *del cuidado*, es esencial en la teoría *del cuidado* como relación social (Tronto, 2009). Consideramos también que no es posible una relación "impersonal", disociar el afecto, el trabajo emocional y el trabajo material para mantener con vida a las personas mayores.[3] En este sentido, también nos basamos en la psicodinámica del trabajo, que, al estudiar los componentes subjetivos e intersubjetivos implicados en la relación entre la organización psíquica de los individuos y la organización del trabajo (Dessors y Schram, 2009), da prioridad a "*lo que es común y colectivo en la experiencia, en lugar de detenerse en lo que separa a los individuos*" (Dejours, 1980, p.37) .

Muchos análisis del trabajo no consideran la importancia de las emociones, pasando por alto el hecho de que, como cualquier otro campo de actividad, el trabajo también es el escenario de la (re)producción de diferentes emociones (Soares, 2003). Por eso, en este texto combinamos la perspectiva *del cuidado* y la psicodinámica, que consideran que las emociones forman parte de nuestras decisiones y de las actitudes resultantes en el trabajo.

3. Metodología

Este artículo se basa en un trabajo de campo realizado en Brasil y Francia durante el segundo semestre de 2022 y 2023. Se basa en entrevistas semiestructuradas, organizadas en tres partes: la trayectoria de la persona entrevistada, su experiencia durante la pandemia y sus experiencias anteriores. En cuanto a la trayectoria de las entrevistadas, queríamos conocer sus trayectorias y experiencias, teniendo en cuenta la participación que hayan podido tener en movimientos sociales o sindicatos. Abordamos preguntas sobre los horarios de trabajo, las adaptaciones a la vida cotidiana (acompañamiento de personas dependientes y desplazamientos de las cuidadoras). También preguntamos si las entrevistadas se habían vacunado o contagiado, y sobre sus principales experiencias y lecciones aprendidas de la pandemia. En cuanto a otras experiencias, preguntamos por su sufrimiento y placer en el trabajo, su salud física y mental, si habían sufrido acoso y qué significaba para ellas "cuidar". Las preguntas formuladas a las cuidadoras y a los gestores fueron las mismas, salvo la información administrativa sobre las instituciones.

También se recogieron y analizaron datos sociodemográficos, que se presentan en forma de tabla en el anexo de este artículo. El trabajo de campo en Brasil se llevó a cabo en las denominadas "Instituição de longa permanência para idosos" (ILPI), las cuales se corresponden con los "Établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes"[4], (EHPAD), en Francia. A continuación presentamos una contextualización de las instituciones en las que se realizó el trabajo de campo, proporcionando información sobre su organización y sobre el número de personas empleadas que trabajan en ellas, así como detalles sobre las diferencias entre las trabajadoras de estos dos países.

En Brasil, el trabajo de campo se llevó a cabo en dos centros residenciales para personas mayores dependientes: una para personas sin recursos, la residencia "CD"; y otra para personas acomodadas, la residencia "EF". Se realizaron entrevistas a las personas gestoras de ambas instituciones y a un total de 38 cuidadoras. En Francia se entrevistó a 24 trabajadoras de cuidados y al director de una residencia pública para personas mayores en París.

Tabla 1. Características de las instituciones analizadas

Identificación del centro	Residencia "CD" (Brasil)	Residencia "EF" (Brasil)	Residencia "AB" (Francia)
Tipo de centro	Institución filantrópica para personas ancianas sin familia. Financiado por fondos públicos, empresas y particulares.	Establecimiento privado financiado con las cuotas aportadas por las personas residentes.	Institución pública.

3 Soares (1997) utilizó un enfoque sociológico basado en la psicodinámica del trabajo en su trabajo sobre el miedo de las cajeras.

4 Para facilitar la lectura utilizamos el término "residencia de personas mayores dependientes" para referirnos a las EHPAD en Francia y las ILPI en Brasil.

Identificación del centro	Residencia "CD" (Brasil)	Residencia "EF" (Brasil)	Residencia "AB" (Francia)
Financiación	Los residentes perciben un salario mínimo interprofesional (LOAS)[5][6] de unos 1.202 R$, equivalente a 240 € . De esta cantidad, los residentes entregan el 70% a la institución para pagar su alojamiento y guardan el 30% para sus necesidades personales.	Las tarifas varían en función del nivel de dependencia del residente. Nivel I- poco dependiente 16.500,00 R$ o 3.300 € Nivel II- dependencia media - 18.100,00 a 19.700,00 R$ o 3620 € a 3940 € Nivel III–muy dependiente – 22.850,00 R$ (gran dependencia) a 26.000,00 R$ (dependencia total) o de 4.570 € a 5.200 €.	La tarifa ronda los 3.000 € al mes.
Número de residentes	66 residentes en septiembre de 2022 (unas 8 personas por habitación)	116 residentes en octubre de 2022 (1 persona por habitación)	97 residentes en 2022. (1 persona por habitación)
Número de trabajadoras de atención directa	17 técnicas auxiliares de enfermería y 8 gerocultoras	43 técnicas auxiliares de enfermería y 87 gerocultoras	34 técnicas auxiliares de enfermería[7] y 10 gerocultoras[8]

3.1. Categorías profesionales en el trabajo de cuidados y sus equivalencias en Francia y Brasil

En Francia, además del personal de enfermería, existen tres categorías profesionales vinculadas a las profesiones del cuidado:

1. Aide-soignante (en España el equivalente sería el personal técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería): son profesionales que atienden a personas vulnerables. Forman parte de un equipo médico compuesto por otros profesionales sanitarios, con los que colaboran: personal médico, enfermero, fisioterapeuta, etc. Por eso se suele decir que, en las residencias de personas mayores dependientes, ayudan a las enfermeras en su trabajo. Para ejercer la profesión, es necesario aprobar el Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (DEAS), una formación de 12 meses. El diploma les permite realizar actos técnicos que no están permitidos a las "auxiliares de vie sociale".
2. Auxiliaire de vie sociale (en España el equivalente aproximado sería el personal gerocultor con certificado de profesionalidad): son profesionales que, al igual que las auxiliares de enfermería, trabajan ayudando en las tareas cotidianas a las personas mayores, dependientes o en situación de discapacidad. Sin embargo, a diferencia las auxiliares de enfermería no pueden realizar determinadas tareas sanitarias. Existe un diploma oficial homologado por el Estado, pero la formación es menor que en el caso de las auxiliares de enfermería.
3. Aide social au chevet (en España el equivalente aproximado sería el personal gerocultor sin certificado de profesionalidad): en las residencias de personas mayores dependientes realizan las funciones de auxiliar de enfermería o gerocultora pero sin tener ningún tipo de formación reglada para realizar esas funciones.

En Brasil, las categorías profesionales asociadas a los cuidados se dividen en dos grandes grupos:

1. Auxiliar de enfermagem" o "técnico de enfermagem (en España técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería y aide-soignante en Francia). Realiza las funciones de atención directa y requiere completar una formación profesional superior que requiere uno o dos años de estudios. Al contrario que en Francia, no puede obtenerse este título por la convalidación de la experiencia previamente adquirida.
2. Cuidadoras (en España gerocultora y en Francia auxiliaire de vie): Realizan funciones de atención directa pero no están reconocidas como categoría profesional. De hecho el proyecto de ley que regulaba la profesión de cuidadora (ley nº 11/2016) fue vetado por el presidente Jair Bolsonaro en el Parlamento a finales de 2019[9]. Al igual que los aide sociale au chevet en Francia, las cuidadoras no tienen un diploma estatal, y su formación puede oscilar entre 25 horas y 160 horas, o incluso más, dependiendo de la escuela de formación.

---

5 La Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) establece en su artículo 2, I-e, la garantía de un salario mínimo para las personas mayores que no dispongan de medios para mantenerse y no tengan familia que les mantenga.

6 Este valor se calcula sobre la base de un euro de 5 reales. Basado en el tipo de cambio de octubre de 2022.

7 En 2023, el número de auxiliares de cuidados pasó de 34 a 40. El número de ASO se mantuvo en 10.

8 La categoría laboral "Agent sociale au chevet" (ASO) podría ser traducida en español como cuidadoras sociosanitarias en la categoría profesional más baja. Por tanto, hemos optado por traducirlo como "gerocultoras" si bien esta categoría no se corresponde plenamente.

9 Esta ley fue elaborada por la Cámara de Diputados con el número 1385/2007. Propone la creación y regulación de las profesiones de "cuidadoras" y "cuidadores" de ancianos, discapacitados, niños y personas con enfermedades raras.

En nuestro estudio, la mayoría de las personas trabajadoras que entrevistamos eran mujeres. En cuanto a la formación académica, en Francia había una mayor diversidad, mientras que en las dos residencias brasileñas analizadas, la mayoría tenía un diploma de auxiliar de enfermería. En ambos países las trabajadoras habían experiementado desplazamientos geográficos: internacionales en el caso de Francia; y entre estados en el caso de Brasil.

En cuanto a los salarios, existe una jerarquía, siendo las enfermeras las que perciben los salarios más altos en ambos países. Tanto en Francia como en Brasil, las mujeres que trabajan en este campo no perciben salarios elevados, a pesar de que se observan salarios más elevados en Francia. Vemos, por tanto, que existe una estructura del trabajo de cuidados que, como tal, se repite en ambos países: trabajo femenino, desvalorizado y contratación de mano de obra migrante, pero con diferencias que corresponden a la organización social de cada país (Véanse los anexos 1 y 2).

4. La pandemia del Covid-19 en Francia y Brasil

La forma en que los gobiernos han manejado la pandemia no ha sido la misma en todo el mundo, como muestran claramente los casos de Francia y Brasil. Al comienzo de la pandemia y de la primera contención, en marzo de 2020, el gobierno francés declaró que las mascarillas no eran útiles, porque no había existencias de mascarillas disponibles. Esto tuvo repercusiones, como se desprende de las entrevistas realizadas en la residencia francesa. El gobierno proporcionó entonces las mascarillas, guantes, batas y equipos de protección individual (EPI) necesarios. Otro cambio fue considerar a las cuidadoras a domicilio como una categoría profesional que podía comprar mascarillas en las farmacias. También instituyó una serie de políticas públicas en respuesta a la pandemia (Eydoux, 2023).

En Brasil, el presidente de la República, Jair Bolsonaro, ha cuestionado la gravedad de la pandemia y no ha hecho nada para proteger a la población del virus Covid-19 (Debert y Félix, 2022). Brasil fue uno de los tres países del mundo, junto con Estados Unidos e India, más afectados por la pandemia del Covid-19, y el segundo en el número total de muertes: 406.437, por detrás de Estados Unidos y por delante de India (Debert y Félix, 2022). Los estados brasileños tomaron medidas para proteger a sus ciudadanos de la pandemia, ya que no había instrucciones a nivel federal. El Distrito Federal fue el primero en aplicar medidas de distanciamiento social el 11 de marzo de 2020. Entre esa fecha y el 7 de abril, cada estado adoptó también una serie de decretos que establecían, entre otras cosas, medidas de distanciamiento social más o menos diferentes. Así pues, aunque estemos viviendo el experimento de Covid-19 y partamos del mismo principio de contención, existen diferencias en la forma en que se aplica este experimento en los estados de la federación.

En Francia, el confinamiento se estableció de forma más centralizada y la población tuvo su primera experiencia del 17 de marzo al 11 de mayo de 2020. En cuanto a la pandemia en las residencias de ancianos en Francia, según las estadísticas de la DREES[10] , al inicio de la pandemia había 7.547 establecimientos con 622.000 plazas disponibles, y se calcula que residían en ellos 606.400 personas mayores. De ellas, el 5% fallecieron (29.300 muertes) y un total del 38% de todos las personas residentes se contagiaron de Covid-19 en 2020 (DREES, 2021).

En Brasil en 2019, según el informe final de la Comisión de Defensa de los Derechos de las Personas Mayores[11] , el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) contaba con 1.784 unidades registradas para personas mayores, 74.387 plazas ofrecidas y 63.380 personas mayores atendidas. La mayor proporción de unidades se encontraba en el sudeste (59%), seguido del sur (16%), el nordeste (12%), el centro-oeste (11%) y el norte (2%). En el estado de São Paulo, según el mapeo realizado por el Ministerio Público, 449 instituciones de larga estancia para personas mayores (ILPI) albergaban a 10.476 personas mayores de 60 años. Entre febrero y junio de 2020, se registraron 190 muertes en el estado de São Paulo. En cuanto a la pandemia en las residencias de cuidados de larga duración en Brasil (LTCF), investigadores independientes han estimado que la mortalidad entre las personas mayores representó el 44,7% de las muertes relacionadas con el Covid-19 en Brasil. El número total de muertes de personas mayores en resiencias ascendió a 240.000 (véase Debert y Felix, 2022, p. 171).

Otro aspecto diferencial entre los dos países se refiere al proceso de vacunación. En Brasil, el acceso a la vacuna estaba restringido a pesar de que las trabajadoras querían vacunarse, mientras que en Francia, a menudo se oponían a la vacuna pero se les obligaba a vacunarse para poder seguir trabajando. En otras palabras, las trabajadoras brasileñas no tenían miedo de vacunarse, mientras que las francesas sí. Durante la pandemia, las diferencias entre los dos países se hicieron más evidentes. La similitud entre las experiencias de las trabajadoras de Francia y Brasil es, sin duda, la sensación de miedo. Esto es lo que trataremos a continuación, analizando el caso de Francia y después el de Brasil.

5. El miedo a contagiar y a ser contagiado, el miedo a la muerte.

Durante la pandemia, la sensación de miedo no fue exclusiva de las trabajadoras de los cuidados, pero sin duda el colectivo experimentó unas condiciones muy particulares. Por una parte, no podían permanecer confinadas como otros grupos profesionales; en segundo lugar; por otra, en el caso de las cuidadoras de personas mayores, estaban en contacto diario con un grupo de máximo riesgo. En este contexto, el miedo

10 DREES–Departamento de Investigación, Estudios, Evaluación y Estadísticas

11 Informe Final de la Comisión para la Defensa de los Derechos de las Personas Mayores, Grupo de Trabajo para el Fortalecimiento de los Centros de Cuidados de Larga Duración para Personas Mayores–consultado el 28.01.2024

que han experimentado se distanciaba del vivido por el resto de trabajadores debido a limitaciones específicas: por su ética laboral caracterizada por el "deber" de ir a trabajar para asistir a personas dependientes que las necesitaban; y porque su condición económica no les permitía parar y prescindir de su salario. Por eso, no podemos permanecer indiferentes ante el hecho de que, cuando preguntamos a las auxiliares de enfermería y las gerocultoras cuál fue el sentimiento más experimentado durante la pandemia, la mayoría respondió: el miedo. Tanto el miedo al contagio, como el miedo contagiar ellas a sus familiares o a las personas mayores. Este miedo también puede percibirse como el miedo a su propia muerte o a ser el vector de la muerte de otros. Como expresaba una trabajadora en Brasil:

> *"Sí, al principio, creo que para todos fue aterrador, ¿no? Era un miedo constante. Miedo* a *contagiarme y al mismo tiempo a transmitirlo, a contagiar a los demás, a los ancianos, ¿no? El miedo era contagiar a la gente que quería y que murieran* (Gerocultora[12], residencia "EF", Brasil).

En Francia, no fue diferente, con la amenaza a la integridad física (contagiarse) añadida a la amenaza psicológica (Dessors y Schram 2009) de ser un vector del virus:

> *"El miedo es a contagiarse y no poder superarlo y dárselo también a los demás. Así que había todo eso. Así que se creó una barrera entre cada uno de nosotros. Y eso fue todo. Era... era bastante–cómo puedo explicártelo–bastante complicado. Ya no vivíamos como antes. Incluso comer, reunirnos, hablar, era un poco complicado*" (Auxiliar de enfermería, residencia "AB", Francia).

Este ejemplo también revela un miedo a lo desconocido, que se manifiesta en la noción del tiempo ("*al principio*") y en los cambios en el estilo de vida y las relaciones ("*Ya no vivimos como antes*").

En Francia, el miedo a lo desconocido estuvo marcado por la falta de mascarillas. Esto aparecía en la mayoría de las entrevistas y, como se puede ver en las palabras de esta trabajadora, era un hecho que podía reforzar el miedo a contraer y transmitir el virus:

> *"Durante un mes* (...) *no tuvimos máscarillas. Si llevábamos máscarillas, veníamos con las máscarillas puestas y nos gritaban* (...)*. Personalmente, tenía miedo porque mis padres tienen una enfermedad, así que tenía miedo. No vi a mi padre durante un año porque tenía mucho miedo*" (Gerocultora, residencia "AB", Francia).

De hecho, la falta de mascarillas se convirtió en un factor clave en la experiencia de las trabajadoras en Francia.

El ejemplo anterior también nos habla de la prohibición de llevar mascarilla impuesta por la residencia "AB". La justificación de esta prohibición en el curso de su trabajo nos la cuenta otro trabajador:

> (...) *cuando llegamos a la puerta nos dijeron: "Vamos a asustar a los residentes. Quitaos la mascarilla*" (Auxiliar de enfermería, residencia "AB", Francia).

Esta situación demuestra claramente que no se ha respetado el miedo de las trabajadoras. En efecto, para que el miedo desaparezca, es necesario que la situación deje de ser amenazadora o que se movilicen contra ella estrategias de conjuración, evasión y defensa (Dessors y Schram, 2009). Llevar una mascarilla era una forma de gestionar el miedo a contagiarse y a contagiar a los demás. Privados de esta defensa, con el argumento de que estaban transmitiendo el miedo a las personas residentes, las trabajadoras también experimentaron una jerarquización de su miedo y de aquellos a los que cuidaban, y tuvieron que enfrentarse a lo desconocido sin el apoyo de sus superiores.

En una entrevista, el director de esta residencia lamentó, a posteriori, su postura. Opinaba que no había suficientes mascarillas en stock y que, respetando las instrucciones del gobierno, era necesario guardar las mascarillas para el futuro. Aunque el arrepentimiento no cambia la situación, demuestra lo obvio, que las trabajadoras no deberían haber pasado por un calvario añadido que podría haberse evitado. Además, esta situación desencadenó una reacción en cadena, como atestigua otra de las trabajadoras de este centro:

> (...) *empiezas con miedo* (por) *tu salud, y luego al principio nos pidieron que no lleváramos mascarillas* (...*) tienes que protegerte, pero prácticamente nos prohibieron llevar mascarillas al principio.* (...) *Entonces, tenemos compañeras que se negaron a entrar en determinadas habitaciones porque cundió el pánico*" (Auxiliar de enfermería, residencia "AB", Francia).

Ante la contradicción de tener que protegerse para no contagiarse ni contagiar a sus seres queridos, pero también de no poder utilizar la única herramienta conocida para hacerlo, el resultado es la negativa a entrar en las habitaciones de las personas residentes, privándoles así de la asistencia. Esta "rebelión" se convierte en una negativa a hacer el trabajo, pero básicamente es una negativa a ponerse en peligro. Así, si la situación de ir a trabajar durante la pandemia para dedicarse a las personas más vulnerables ya era una fuente de miedo en sí misma, el hecho de no poder llevar mascarilla tuvo consecuencias en la organización del trabajo:

> *"Así que nos falta personal* (...)*. Tenemos pánico total. Estamos mental y psicológicamente agotadas antes de empezar a trabajar* (...)" (Auxiliar de enfermería, residencia "AB", Francia).

---

[12] Traducimos como "gerocultora" las categorías "cuidadora" y "*auxiliaire de vie*", a pesar de las diferencias societales. (Véase METODOLOGÍA)

La trabajadora entrevistada hace hincapié en el agotamiento que afecta al equipo incluso antes de empezar a trabajar, subrayando el pánico generalizado. Cuando hablamos de pánico, hablamos de miedo, y está claro que este sentimiento no es sólo el desencadenante de una situación (agravada por la ausencia de mascarillas), sino también un elemento permanente en la vida cotidiana de estas trabajadoras. En este sentido, la intensificación del trabajo está directamente relacionada con el miedo, porque el miedo es una de las razones por las que algunas personas tienen que hacer el trabajo de sus compañeras, y un sentimiento que intensifica la experiencia. Por este motivo, para comprender las experiencias de los trabajadores durante la pandemia, debemos examinar los cambios en su rutina, teniendo en cuenta el hecho de que estaba dominada por el miedo.

6. Miedo en la intensificación del trabajo

El miedo al contagio creó una nueva organización del trabajo, que requería más tiempo de preparación antes de empezar a trabajar con las personas mayores. Como explica la siguiente auxiliar de enfermería:

> "*Empezamos a las siete, y había que equiparse... esto y lo otro... El pánico se apoderó del resto de la gente que estaba allí, porque la mitad del equipo se había marchado, una parte habían desaparecido. Y teníamos compañeras que se negaban a entrar en ciertas habitaciones porque no se sabía lo que era (en referencia al virus)*" (Auxiliar de enfermería, residencia "AB", Francia).

Había que "equiparse" para afrontar el miedo; "*esto y lo otro*" se refiere a todo el equipo de protección que tenían que ponerse antes de empezar a trabajar. Tenían que hacer un trabajo extra antes de entrar en contacto con los residentes, para evitar la propagación del virus. También había nuevas tareas relacionadas con el cuidado directo de las personas mayores. Por ejemplo, organizar un momento en el que las personas pudieran hablar con sus familias. Para ello, se decidió utilizar tabletas o teléfonos móviles para realizar las llamadas. Además, en varias residencias, sobre todo en Brasil, se ha cambiado el modo de funcionamiento para aislar a las personas entre sí y frenar la transmisión del virus. Como consecuencia, las comidas colectivas en los comedores empezaron a hacerse individualmente, en las habitaciones. Así pues, las trabajadoras tuvieron que añadir a sus tareas cotidianas la organización logística que implicaba, entre otras tareas, posibilitar la comunicación telemática de las residentes con sus familias, y habilitar un servicio de comidas en las habitaciones.

Las palabras de una de las trabajadoras entrevistadas ilustran claramente estos cambios y la consiguiente intensificación del trabajo:

> "(...) *Tuvimos que ser más cuidadosos. Teníamos que prepararnos de otra manera, una preparación diferente... teníamos que llevar delantales. Teníamos que desinfectar más cosas, ¿sabes? Todo lo que antes era un vaso de cristal, un plato, una fuente, ahora es desechable, cada cosa ubicada en un sitio específico. Y muchos* (residentes*) se han debilitado más. Así que el esfuerzo que hacíamos era mucho mayor. Lo que antes hacía una cuidadora, ahora lo tenían que hacer entre dos* (Gerocultora, residencia "EF", Brasil).

A estas nuevas tareas cotidianas y a los cuidados suplementarios que requerían para evitar la transmisión de la enfermedad, había que añadir la atención que había que prestar a las personas enfermos. Las cuidadoras francesas también hicieron observaciones similares:

> "*Y entonces, de repente, había más enfermos, lo que significaba más vigilancia, gente más débil, personas con las que normalmente no tendríamos nada que hacer, ahora estábamos obligadas a darles de comer y a vigilarlas, mientras que normalmente podían hacerlo ellas mismas*" (Auxiliar de enfermería, residencia "AB", Francia).

En este sentido, trabajar con personas contagiadas es otro ejemplo de intensificación del trabajo, al igual que tener que ocuparse de los fallecimientos, tanto emocional como administrativamente. En este contexto, la intensificación del trabajo refleja una experiencia nueva e intensa, como relata una de las trabajadoras en Francia:

> *«Tuvimos que gestionar los casos confinados. También teníamos que ocuparnos de cuestiones psicológicas y de personas que habían fallecido. Todo eso fue intenso. Porque no nos lo esperábamos.* (Auxiliar de enfermería, residencia "AB", Francia)

Así, aunque la relación con los residentes no era nada nuevo, se tuvo que hacer frente a nuevas tareas vinculadas a situaciones repetidas de aislamiento, enfermedad y muerte. En este contexto, los esfuerzos emocionales se combinaron con un aumento de las tareas materiales (Moré, 2021). Esta intensificación del trabajo debida a la pandemia se suma a la intensificación del trabajo que es consecuencia de las políticas neoliberales de reducción del número de empleados para recortar cortes (Sahraoui, 2019). No es casualidad que una gran mayoría de las trabajadoras entrevistadas afirmaran que el trabajo se intensificó durante la pandemia, debido a un nuevo ritmo de trabajo que implicaba la sustitución de personal ausente:

> "*De hecho, se intensificó, en el sentido de que teníamos compañeras en situación de riesgo, por lo que no necesariamente podían venir a trabajar. En consecuencia, tuvimos que hacernos cargo de los residentes que ellas gestionaban habitualmente, lo que significaba más personas que gestionar, lo que significaba más trabajo, lo que significaba jornadas un poco más largas y, por supuesto, también más cansancio*" (Gerocultora, residencia "AB", Francia)

Las razones de la ausencia de las trabajadoras en Brasil y Francia muestran una diferencia entre las políticas públicas de los dos países y la forma resultante de vivir su miedo. En Francia, podían acogerse al "derecho de retractación" y al "derecho a dejar de trabajar" , es decir, las que temían contagiar a los miembros de su familia, las que temían ser contagiar o, como nos dijo una trabajadora en situación de riesgo, las que tenían la opción de no ir a trabajar, sin dejar de percibir su salario[13].

La intensificación del trabajo se hizo sentir debido a la reducción de personal en las residencias francesas (un 50% según las cuidadoras de la residencia "AB"). Esta reducción de personal se compensó en parte con la llegada de "personas voluntarias" de otros sectores de servicios públicos de Francia que habían cerrado durante la pandemia (guarderías, bibliotecas, etc.). Pero esta ayuda se vio limitada por la falta de competencias específicas en materia de cuidados. Este "absentismo" (palabra utilizada por el director de la residencia francesa analizada), permitido por los derechos sociales en Francia, no existía en las residencias brasileñas, donde no hay "derecho de retirada" ni derecho a cuidar de sus hijos e hijas menores en casa, mientras se sigue cobrando el sueldo. La reducción de personal también se sintió en Brasil, debido a que las trabajadoras contagiadas dejaron de trabajar y, como era práctica común, siempre faltaba personal:

> "(...) *Los equipos eran muy pequeños. Faltaba mucha gente, sobre todo en enero* (...). *Muchos miembros del personal se tomaron un descanso. Así que justo cuando pensabas que el personal iba a volver, otro equipo ya se estaba marchando, ¿no? Así que era un poco complicado* (Gerocultora, residencia “EF”, Brasil).

Así pues, la intensificación del trabajo se ha producido para la mayoría de las trabajadoras, no sólo cuantitativamente, sino también cualitativamente, en forma de una sobrecarga mental que siempre está impregnada de miedo. Este miedo también puede variar en función de las condiciones de trabajo y de las políticas públicas, como mostraremos a continuación.

7. El triple miedo a las cuidadoras a domicilio en Sao Paulo

Como la dimensión del miedo también está presente, pero con contornos más intensos entre los cuidadores domiciliarios que también entrevistamos, consideramos útil referirnos a su discurso sobre el miedo para compararlo con el de las trabajadoras de las residencias. De este modo, podemos demostrar la importancia de las políticas públicas y la heterogeneidad de las profesionales de los cuidados, no sólo entre los que trabajan en los domicilios de las personas, como indica Ruth Milkman (2022), sino también entre los que trabajan en las residencias y los de ayuda a domicilio.

Las trabajadoras a domicilio experimentaban tres tipos de miedo: el miedo a contagiarse por Covid, el miedo a transmitirlo a sus familiares y el miedo a perder su salario en caso de no poder asistir al trabajo.

Este triple miedo revela la heterogeneidad los trabajos de cuidados, ya que los que trabajan en residencias tenían la opción de seguir cobrando su sueldo en el caso de causar baja por contagiarse de Covid-19, mientras que a las trabajadoras a domicilio en Brasil (empleadas de hogar o trabajadoras en la atención domiciliaria), no se les mantenía el sueldo en caso de no poder acudir a sus trabajo y, por tanto, sienten el miedo a quedarse sin ingresos, sin saber cómo sobrevivir.

> "*Porque teníamos mucho miedo de contagiarnos, de transmitir. Teníamos mucho miedo de transmitirlo, de contagiarnos, ¿no? Porque, sobre todo en nuestra profesión, si estás contagiado, no trabajas y estás fuera* (del trabajo)*, ¿no?* (...) *Así que teníamos mucho miedo, de todo y muchas precauciones con la higiene, el alcohol, lavarnos las manos todo el tiempo. Muchas preocupaciones... Gracias a Dios nunca me contagié* (...) *En mi caso, tomé muchas precauciones, porque sabía que si estaba de baja, no iba a cobrar* (mi sueldo)*; si no cobraba, iba a estar enferma dos veces: sin trabajar y sin poder pagar las facturas*" (Ayuda a domicilio, Brasil).

La situación es muy diferente en Francia:

> "*Durante la pandemia, ejercí mi derecho a retirarme porque no teníamos mascarillas, no teníamos guantes, no teníamos batas* (...). *Así que ejercí mi derecho a retirarme porque no tenía protección.* (Gerocultora, residencia “AB”, Francia)

Otra medida -la posibilidad de dejar de trabajar para cuidar a niños pequeños con el cierre de escuelas infantiles y colegios- sin perder el sueldo ni el empleo, benefició a varias cuidadoras francesas que entrevistamos: en Brasil no existió ninguna medida de este tipo durante la pandemia.

En general, puede decirse que la protección laboral de las trabajadoras de los cuidados es mejor en Francia que en Brasil, donde dejar de trabajar supone la suspensión del sueldo y, en consecuencia, la decisión de dejar de trabajar es más difícil. El miedo a la contaminación va acompañado del miedo a perder el sueldo y el empleo como consecuencia de la pandemia. Las auxiliares de ayuda a domicilio y otras empleadas en hogares en Brasil perdieron su salario y se quedaron sin nada cuando dejaron de trabajar por estar enfermas. Sólo las aquellas que trabajaban en residencias de personas mayores siguieron cobrando en el caso de que tuvieran que dejar de trabajar. Del mismo modo, las auxiliares a domicilio que trabajaban para una empresa de intermediación, que tenían un contrato con derechos formales, pudieron ausentarse de sus empleos en caso necesario.

---

13 Para las políticas públicas en Francia durante la pandemia, véase Eydoux, 2023.

Podemos concluir que la experiencia de la pandemia depende, ante todo, del estatus de las trabajadoras de los cuidados y de las instituciones a las que pertenecen. Las auxiliares a domicilio que trabajan para empresas de intermediación rara vez cobran cuando dejan de trabajar. Los auxiliares que trabajan en residencias de ancianos conservan su sueldo cuando dejan de trabajar. Tienen un trabajo formal, con derechos. En segundo lugar, la experiencia de la pandemia depende de las políticas públicas y del contexto jurídico, y las diferencias señaladas muestran el valor de las comparaciones internacionales.

En este sentido, las trabajadoras entrevistadas expresaban el miedo específico que sienten aquellas en situaciones más vulnerables. Por ejemplo, aquellas empleadas contratadas por las familias de los residentes, a través de empresas de intermediación, como "acompañantes particulares" de las personas ingresadas en las residencias de Sao Paulo. Esta categoría de "acompañante particular" es una especificidad brasileña que no tiene equivalente en Francia. Se trata de personas contratadas de manera privada por los residentes y sus familias para que les asistan dentro del centro en sus tareas cotidianas, pero sin ser personal de la institución y por tanto sin su estatus laboral. Una de estas trabajadoras explicaba:

> "*Estaba preocupada por mis hijos, que aún son muy pequeños, tenía miedo, inseguridad, con una sensación de frío en el estómago* (...). *Porque al principio moría mucha gente. Y muchas perdieron sus empleos* (...) *cuando llegaba* (a casa) *me duchaba, me quitaba la ropa de trabajo* (Empleada particular que trabaja en residencia, Brasil).

Esta trabajadora recibió instrucciones de la empresa de intermediación y de la residencia sobre cómo protegerse del coronavirus: utilizar mascarilla, guantes, abundante alcohol y cambiarse de ropa, sin embargo esta residencia no disponía de área Covid ("covidario").

Estas comparaciones muestran que la experiencia de la pandemia y el miedo asociado a ella pueden ser muy diferentes en función de la situación laboral y la ubicación de los cuidadores.

8. Conclusiones

A través de esta investigación constatamos que el miedo ha impregnado la vida cotidiana de las trabajadoras del cuidados en Brasil y Francia y que este fue el sentimiento que las acompañó durante toda su experiencia. Sin embargo, debido al marco gubernamental de cada país, estas trabajadoras afrontaron la situación de formas diferentes.

El miedo a contagiar y a ser contagiado creó una nueva organización del trabajo que exigía más tiempo de preparación para empezar las jornadas laborales con las personas mayores en las residencias. Este miedo también provocó ausencias de trabajadoras, obligando a otras a doblar turnos o a prolongar sus jornadas. En este sentido, afirmamos que el miedo es el desencadenante de varios acontecimientos y ha impregnado todas las esferas de la experiencia de estas trabajadoras.

Comprobamos que en São Paulo existía una gran heterogeneidad entre las residencias a la hora de hacer frente a la pandemia, ya que algunos no hacían nada para evitar el contagio de las trabajadoras por las personas mayores enfermas, lo que aumentaba el miedo a seguir trabajando. Otras instituciones protegieron a las trabajadoras distanciándolas (creando "covidarios", aislando a los enfermos en un ala del establecimiento) y utilizando equipos de protección individual (EPI): mascarillas, guantes, alcohol, gel y redecillas para el pelo. Estas medidas no se adoptaron sistemáticamente en Francia, ya que la mayoría de las instituciones optaron por no desplazar a las personas contagiadas.

Las diferencias en las políticas públicas, el "derecho de desistimiento", el "derecho a dejar de trabajar", que da a las trabajadoras la opción de quedarse en casa para cuidar de hijos e hijas menores sin dejar de percibir su salario, y la inexistencia de estas políticas públicas en Brasil, no han impedido que las trabajadoras tengan miedo, pero la forma de afrontarlo es diferente.

También observamos la heterogeneidad de las categorías de trabajadoras, tanto en el trabajo a domicilio como en instituciones en ambos países[14]. Por tanto, la experiencia real de la pandemia depende de la heterogeneidad de la situación de las cuidadoras y de las instituciones en las que trabajan .

Nuestra investigación sobre las experiencias de las trabajadoras y el miedo continúa con una encuesta a las personas residentes. Hasta la fecha, hemos entrevistado a 27 personas mayores en las dos residencias brasileñas. A diferencia de las trabajadoras, las residentes no utilizaron la palabra miedo para hablar de su experiencia de la pandemia. Hablaron de estar encerradas en sus habitaciones o entre las paredes las residencias. De este modo, observamos que el miedo sólo estaba presente en las palabras de quienes trabajaban cuidando. En este sentido, nuestra hipótesis es que el miedo es constitutivo del trabajo de cuidados. Queremos estudiar cómo las personas residentes en Francia hablan de su experiencia de la pandemia. Un "work in progress", pues...

9. Referencias bibliográficas

Debert, G. G. y Felix, J. (2022). La Covid-19 au Brésil : qui les personnes âgées peuvent-elles compter ? en *Gérontologie et Société*, 2022/2 vol. 44, no. 168, pp. 163-181

Dejours, C. (1980). *Travail, usure mentale*, París: Centurion. 2 edición ampliada, París: Bayard, 1993.

Dejours, C. (dir.) (1987-1988). *Plaisir et souffrance dans le travail*, Tome I et II, París: ed. de l'AOCIP. Reedición: revue *Travailler*, 2016, n° 35 (tomo I), revue *Travailler*, 2017, n° 37 (tomo II).

[14] Sobre la heterogeneidad de los cuidadores, véase Milkman, 2022.

Dessors D. y Schran J. (2009). "La peur au cœur", *Travailler*, 2009/1 (nº 21), p. 69-79. DOI: 10.3917/trav.021.0069.
DREES (2021). *Etudes & Résultats*, París, nº 1196, julio
Eydoux, A. (2023). "Care workers and care employment during the pandemic in France: segmented policies and regulations in a fragmented landscape", ponencia presentada en el I Coloquio Internacional "¿Quién cuida? Cuidados y pandemias en perspectiva transnacional", París, 26 de mayo.
Hirata H. (2021). Le care, théories et pratiques ("El cuidado: teorías y prácticas"). París: La Dispute.
Milkman, R. (2022). "Stratification Among In-Home Care Workers in the United States", *Current Sociology*, SAGE, vol 49, nº 1.
Molinier, P. (2020). *Le travail du care*, París: La Dispute (2 edición).
Moré, P. (2021). "El trabajo de cuidados `las residências de personas mayores", en Molero Maranon (dir) *Ser mujer en el mercado de trabajo: dificultades, " oportunidades y retos*, p. 469- 504.
Paperman, P. (2005). " Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel ", en Patricia Paperman et Sandra Laugier (dir) *Le souci des autres.* Éthique *et politique du care*, París: EHESS, p. 281-297.
Informe Final de la Comisión para la Defensa de los Derechos de las Personas Mayores (2021) Grupo de Trabajo para el Fortalecimiento de las Instituciones de Larga Estancia para Personas Mayores–Ilpis. Apresentação: 03/12/2021 12:20–CIDOSO.REL n.1/2021 en file:///Users/mac/Desktop/A%20para%20depositar/REL-1-2021-CIDOSO.pdf consultado el 28.01.2024.
Sahraoui, N. (2019). *Racialised workers and European Older-Age Care. From Care Labour to Carte Ethics*. Londres: Palgrave Macmillan
Soares, A. (1997). "Miedo en el Jardín del Edén: el trabajo de las cajeras en Brasil y Quebec".
En Molinier, P. & Weber-Hervé, V. (org) Actes du colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail. París: CNAM, tomo II.
Soares, A. (2003). "Les émotions dans le travail", Travailler, 2003/1 (nº 9), pp. 9-18. URL: https://www.cairn.info/revue-travailler-2003-1-page-9.htm
Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, París: la Découverte (original *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of* Care, Routledge, 1993.

Anexo I: Trabajadoras de cuidados entrevistadas en las residencias brasileñas

ID	Género	Edad	Función	Formación	Años escolaridad	Salario (en euros)	Situación familiar	Número de hijos/as	Lugar de nacimieto	Fecha de llegada a Francia
1	M	52	Director de Ehpad	Formación para directores de establecimientos sanitarios	BAC+5	4800 Neto	Concubinato	2	Versailles	0
2	F	55	Ejecutivo sanitario–Gestor de cuidados y enfermero–Ehpad	S/R	BAC+5	3000 Neto	Casada	1	París–Francia	0
3	F	61	Auxiliar de enfermeria	Lycéé Pro- contabilidad y secretariado	Lycéé- Pro	1500 Neto	Soltera	0	Ruanda	1991
4	M	35	Director de Ehpad	Gestión de centros sanitarios	BAC+5	4200 Bruto	Casado	0	Bourges-Francia	0
5	F	54	Auxiliar de enfermeria	Auxiliar de enfermeria, gerontología y ayuda médico-psicológica	Liceo -Prof. École Agricole	1800 Neto	Casada	2	Guadalupe	2019
6	F	62	Auxiliar de enfermeria	S/R	S/R	2000	Casada	2	Haití	/
7	F	48	Auxiliar de enfermería y ASG: Auxiliar de cuidados gerontológicos	Auxiliar de enfermeria	BAC	1400-1500 Neto	Soltera	1	París–Francia	0
8	F	35	Auxiliar de enfermeria	Auxiliar de enfermeria	BAC	1300 Neto	Casada	2	Madagascar	1984
9	F	45	Enfermera	Enfermera	Bac+5	2000 Neto	Casada	3	Costa de Marfim	2000
10	F	57	Auxiliar de enfermeria	2 años de escuela de enfermería	BAC+2	S/R	Casada	2	Francia	1993
11	F	58	Auxiliar de enfermeria	Contabilidad	CAP	2000 Neto	Concubinato	0	Francia	0
12	F	55	Enfermera	Enfermera	BAC+3	3000 Neto	Casada	3	Francia	1984
13	F	59	Auxiliar de enfermeria	Diploma de auxiliar de enfermeria	BEP	2000 Neto	Soltera	3	Martinica	2003
14	F	49	Auxiliar de enfermeria	Diploma de Auxiliar de enfermeria	Terminal (Liceu)	S/R	Casada	3	Congo-Brazaville	2006
15	F	45	Auxiliar de enfermeria	Diploma de Auxiliar de enfermeria + BEP-Sanitaire Social	2ª liceu	2800 Neto	Separada	4	Francia	0

ID	Género	Edad	Función	Formación	Años escolaridad	Salario (en euros)	Situación familiar	Número de hijos/as	Lugar de nacimieto	Fecha de llegada a Francia
16	F	59	Ejecutivo sanitario	Enfermera	BAC+5	3000 Neto	Casada	1	Ruanda	1989
17	F	60	Auxiliar de enfermeria	Diploma de auxiliar de enfermería + construcción e ingeniería civil	BAC	2000 Neto	Divorciada	3	Guadalupe	1978
18	F	54	Gerocutora/Aso (Aide social chevet)	Auxiliar de guardería	2ª Liceu	2100 Neto	Separada	3	Francia	0
19	F	44	Auxiliar de enfermeria	Diploma de auxiliar de enfermeria	BAC	2300 Neto	Soltera	4	Congo	1999
20	F	55	Gerocultora/Aso (Aide social chevet)	1ano de formación para trabajar con personas mayores	BAC- Liceu tecnico	1500 Bruto	Concubinato	4	Congo-Brazaville	1996
21	F	41	Director de Ehpad	Máster en Gestión	BAC+5	3400 Neto	Casada	3	Marruecos	2001
22	F	45	Gerocultora/Aso (Aide social chevet)	AHS- 4 meses Agente de servicios hospitalarios	S/R	2000 Neto	Casada	4	Mali	1999
23	F	54	Médico	Medicina	BAC+9	2000 Neto	Casada	2	Vietnam	1988
24	F	47	Auxiliar de enfermeria en UVP	Diploma de Auxiliar de enfermeria	BEP	1800 Neto	Casada	2	Martinica	1995
25	F	61	Ejecutivo sanitario	Enfermera	Bac+5	3000 Neto	Casada	0	París-Francia	0
26	F	49	Coordinador del departamento de eventos	BP JEPS en trabajo social	M2 Traducción bilingüe	1900 Neto	Pacs	1	La Reunión	2004
27	M	26	Gerocultor/Aso (Aide social chevet)	Técnico de refrigeración y aire acondicionado	Bac Pro	1900 Neto	Soltero	0	París-Francia	0
28	F	45	Auxiliar de enfermeria	BEP- Sanitaire Social + diploma de auxiliar de enfermería	Liceo Pro	1850 Neto	Concubinato	0	París-Francia	0

Anexo II: Cuidadores en el EHPAD brasileño

ID	Género	Edad	Función	Formación	Años escolaridad	Salario (em reais)	Situación familiar	Número de hijos/as	Lugar de nacimiento	Fecha de llegada a Sao Paulo
1	F	38	Auxiliar de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	2800 Bruto	Concumbinato	2	SP	0
2	F	44	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	BAC+1	2700	Casada	3	SP	0
3	F	51	Auxiliar de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	1880	Divorciada	1	PE	1990
4	F	40	Auxiliar de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	2600	Divorciada	3	SP	0
5	F	43	Auxiliar de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	2712	Divorciada	4	SP	0
6	F	36	Auxiliar de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	2700	Soltera	2	SP	0
7	F	37	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	BAC+1	2600	Casada	2	SP	0
8	F	44	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermagem[15]	BAC+1	2300	Soltera	0	PE	1997
9	F	22	Auxiliar de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	2700	Soltera	0	SP	0
10	F	29	Auxiliar de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	2600	Divorciada	0	MG	2011
11	M	31	Gerocultora (Cuidador)[16]	Técnico de enfermería	BAC+2	3400 Bruto	Concubinato	1	ESP	0
12	M	38	Gerocultor (Cuidador)	Administrador de empresa	BAC+4	1264	Soltero	0	BA	2019
13	F	46	Gerocultora (Cuidadora)	Técnico de enfermería (en curso)	BAC+2	1300	Casada	3	SP	0
14	F	36	Gerocultora (Cuidadora)	Técnico de enfermería	BAC+2	1200	Casada	0	BA	2002
15	F	45	Gerocultora (Cuidadora)	Técnico de enfermería	BAC+2	1418	Divorciada	4	SP	0
16	F	46	Gerocultora (Cuidadora)		BAC+2	1634 Bruto	Casada	1	SP	0
17	F	42	Gerocultora (Cuidadora)	Técnico de enfermería (en curso)	BAC+2	1900	Casada	3	SP	0
18	F	27	Gerocultora (Cuidadora)	Auxiliar de enfermería	BAC+2	1300	Casada	2	SP	0
19	F	44	Gerocultora (Cuidadora)	Técnico de enfermería	BAC+2	1997	Divorciada	3	MG	1987

[15] Cursando nivel superior

[16] Hemos dejado la palabra en portugués para respetar la diferencia de nomenclatura en los dos países. En Francia, Cuidador/cuidadora corresponde a "auxiliaire de vie" o "aide à domicile", según donde se ejerza la profesión.

ID	Género	Edad	Función	Formación	Años escolaridad	Salario (em reais)	Situación familiar	Número de hijos/as	Lugar de nacimiento	Fecha de llegada a Sao Paulo
20	F	24	Gerocultora (Cuidadora)	Enfermera	BAC+4	1400	Soltera	0	SP	0
21	F	36	Gerocultora (Cuidadora)	Enfermera	BAC+4	1200	Divorciada	1	MA	1981
22	F	21	Gerocultora (Cuidadora)	Enfermera	BAC+4	1100	Casada	1	SP	0
23	F	33	Gerocultora (Cuidadora)	Técnico–Gastronomía	BAC+2	1200	Casada	1	BA	2008
24	F	54	Gerocultora (Cuidadora)	Técnico de enfermería	BAC+2	S/R	Casada	2	PE	1977
25	F	22	Gerocultora (Cuidadora (registrada)	Técnico de enfermería	BAC+2	1556	Concubinato	1	SP	0
26	F	45	Gerocultora (Cuidadora (registrada)	Técnico en gerontología	BAC+2	1500	Casada	1	RN- Natal	1989
27	F	45	Enfermera	en curso	BAC+4	8000	Casada	1	SP	0
28	F	52	Consejero Delegado	Nutricionista	BAC+5	S/R	Casada	1	SP- SBC	0
29	F	41	Entrenador	Terapia ocupacional	BAC+4	S/R	Casada	0	SP-Lorena	2008
30	F	51	S/R	S/R	S/R	1900	Divorciada	1	PE	S/R
31	F	42	Auxiliar de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	1300	Casada	2	PE	2005
32	M	42	Auxiliar de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	1600	Soltero	0	SP	0
33	F	52	Auxiliar de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	3000* (2 empleos)	Soltera	0	MG	1991
34	F	45	Auxiliar de enfermería	Técnico de enfermería	BAC +2	1500	Concubinato	1	BH	2000
35	F	30	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	BAC+1	1400	Concubinato	2	SP	0
36	F	46	Gerocultora (Cuidadora)	Ensino Fundamental	Universidad	1900 + 200 (insalubridade)	Casada	1	PE	1993
37	F	29	Enfermera	Enfermera	BAC+4	3900	Soltera	0	SP	0
38	F	23	Enfermera	Enfermera	BAC+5	2900	Soltera	0	SP	0
39	F	38	Técnico de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	1900	Casado	1	SP	0
40	F	37	Técnico de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	1600	Concubinato	2	SE	2002
41	M	34	Técnico de enfermería	Técnico de enfermería	BAC+2	2000 + 1500 (asistencia a domicilio)	Solteiro	0	PE	2009