

¿Cuánto vale cuidar a una persona? El caso de las cuidadoras cooperativizadas en Argentina

How much does it cost to care for a person? The case of cooperative caregivers in Argentina

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s23141174/ehkybfgvw>

Valeria Laborda⁶⁸

Centro de Estudios de la Economía Social de la Universidad -
Nacional de Tres de Febrero - Argentina

Resumen

En Argentina la tendencia al envejecimiento poblacional es un hecho y el fenómeno de la organización social de las tareas de cuidado emerge en las agendas de investigación desde diferentes perspectivas y abordajes. Frente a este escenario nos preguntamos cómo se construye el valor en torno a una práctica que está siendo resignificada socialmente.

El presente artículo describe, basándose en la sociología de la valuación, el proceso que atraviesan las cuidadoras cooperativizadas a la hora de establecer valuaciones monetarias y no monetarias respecto del servicio que prestan, cómo validan socialmente esta construcción y qué consecuencias tiene para ellas. En las siguientes páginas serán abordadas estas preguntas: ¿cómo se organizan las tareas de cuidado en nuestro país y cuáles son los límites en la prestación de dicho servicio? ¿Qué valor se le asigna a la profesionalización en este ámbito? ¿Cómo se construyen los precios y la remuneración del trabajo cuando se trata de una labor relacional? y ¿Cómo evalúan las cuidadoras la organización del trabajo bajo la figura cooperativa?

Mediante el análisis cualitativo de entrevistas realizadas a trabajadoras de estas empresas sociales relevamos juicios, reglas, rutinas y dispositivos que las cooperativas construyeron colectivamente a los fines de explicar (y explicarse) de manera estable cuánto vale el cuidado de una persona.

Como principal conclusión entendemos que las negociaciones tienden a equilibrar tres preocupaciones de las cuidadoras: su profesión, su estabilidad económica y el bienestar de la persona usuaria del servicio. Y es dentro de estos parámetros que ellas establecen sus propias combinaciones, transacciones y relaciones.

Palabras clave:

CUIDADO; COOPERATIVAS DE TRABAJO; PRÁCTICAS EVALUATIVAS; VALUACIÓN

⁶⁸ vlaborda@untref.edu.ar

Abstract

In Argentina, the population aging trend is a fact and the phenomenon of the social organization of care tasks emerges in the research agendas from different perspectives and approaches. Faced with this scenario, we wonder how value is built around a practice that is being socially resignified.

Based on the sociology of valuation, this article describes the process that cooperative caregivers go through when establishing monetary and non-monetary valuations of the service they provide, how they socially validate this construction, and what consequences it has for them. Questions such as: how are care tasks organized in our country and what are the limits in the provision of said service? What value is assigned to professionalization in this field? How are the prices and remuneration of work constructed when it comes to relational work? And how do the caregivers evaluate the organization of work under the cooperative figure? will be addressed on the following pages.

Through the qualitative analysis of interviews carried out with workers of these social enterprises, we reveal judgments, rules, routines and devices that the cooperatives collectively built in order to explain (and explain) in a stable way how much the care of a person is worth.

As a main conclusion, we understand that the negotiations tend to balance three concerns of caregivers: their profession, their economic stability and the well-being of their patients. And it is within these parameters that they establish their own combinations, transactions and relationships.

Keywords:

CARE; WORKER COOPERATIVES; EVALUATIVE PRACTICES; VALUATION

Fecha de recepción: 10 de febrero de 2023.

Fecha de aprobación: 18 de abril de 2023.

¿Cuánto vale cuidar a una persona? El caso de las cuidadoras cooperativizadas en Argentina

1. Introducción

La vasta bibliografía sobre la economía del cuidado sostiene de manera crítica que esta actividad ha sido la base para la acumulación capitalista, tras apoyarse en la división sexual del trabajo, dotando de sentido a las mujeres como portadoras de un rol *natural* para las prácticas del ámbito privado y reproduciendo de esta manera un orden social de jerarquías y privilegios (Segato, 2003; Federici, 2015). En esta línea, también se dice que las *proveedoras de cuidados* son invisibilizadas como actores económicos (aun cuando sus tareas son imprescindibles para la reproducción ampliada de la vida) y que su especialización en las tareas reproductivas carece de valor y reconocimiento en el marco de una estructura capitalista y androcéntrica, no solo por la falta de remuneración monetaria, sino también por una “subestimación de sus aportes al hogar y la sociedad” (Ramognini, 2018, p. 383).

Esta situación de feminización y desvalorización de las tareas de cuidado dialoga a su vez con el contexto de “desfamiliarización del cuidado” (Cascardo, 2019, p. 1077), indicativo de la externalización de dichas tareas, más allá de los arreglos familiares, a causa del incremento de personas que demandan estos servicios, ya sea por el envejecimiento poblacional como por las transformaciones en las estructuras del mercado laboral.

Frente a este escenario, donde el cuidado se ha convertido en un servicio capaz de ser mercantilizado, estatizado o gestionado de manera comunitaria, es que nos preguntamos cómo se construye el valor en torno a una práctica que está siendo resignificada socialmente y ocupa un lugar clave en las economías de aquellas sociedades que tienden al envejecimiento, como la nuestra.

En el caso de la Argentina, asistimos a un fenómeno de crecimiento de las formas de gestión comunitaria en este tipo de tareas. La figura de cooperativa de trabajo, conocida particularmente como *cooperativa de cuidados* se presenta como la institucionalización de una práctica en la que la pregunta por el valor adquiere otros matices. Se trata de un grupo de 138 empresas de propiedad colectiva de muy reciente conformación, donde más de la mitad surgen a partir del año 2017 y que -en promedio- son de pequeño alcance y estructura (Sacrosky, 2022).

Nos preguntamos entonces cómo experimentan el valor de cuidar las personas que proveen el servicio y cómo hacen para

categorizarlo, medirlo y validarlo socialmente ya que las valuaciones no son exclusivas de las cosas tangibles (Fourcade, 2016), sino que también pueden atribuirse a un bien, un servicio o una persona (Wilkis, 2018). En este sentido, gracias a la literatura disponible en torno a la noción de valuación podremos dar una primera aproximación sobre cómo se calcula un valor y cómo es producido, en el ámbito de los cuidados gestionados por la sociedad civil, a partir de las categorías valuaciones monetarias (vinculadas al cálculo monetizado, donde la formación del precio del servicio tiene preeminencia) y valuaciones no monetarias (vinculadas a consideraciones con base en aspectos intangibles, como por ejemplo el profesionalismo, la confianza y la calidad del servicio).

Para eso relevamos, a partir de entrevistas a trabajadoras, los juicios, reglas, rutinas y dispositivos que las cooperativas construyeron colectivamente a los fines de explicar (y explicarse), de manera estable, cuánto vale el cuidado de una persona y todo lo que engloba este servicio. Así, el presente artículo describe el complejo proceso que atraviesan las cooperativas de trabajo de cuidadoras a la hora de establecer valuaciones monetarias y no monetarias respecto del servicio que prestan, cómo validan socialmente esta construcción y qué consecuencias tiene para ellas.

Con respecto a las fuentes de información, los datos presentados en este artículo tienen su origen en la producción del libro *Las cooperativas sociales en la prestación de servicios asistenciales. Análisis de experiencias y de su potencial desarrollo en América Latina*, una obra colectiva del Centro de Estudios de la Economía Social de la Universidad Nacional de Tres de Febrero (CEES UNTREF) que captó la efervescencia del campo en el año 2018.

En aquella oportunidad, se buscó visibilizar la problemática del cuidado y dar a conocer las potencialidades que guardan las formas organizativas comunitarias a partir del trabajo autogestionado. En el marco de este proyecto, se realizó un relevamiento de las cooperativas de cuidados conformadas legalmente hasta ese momento y posteriormente se diseñó un muestreo no probabilístico para entrevistar en profundidad a referentes y asociadas de seis cooperativas de diferentes geografías (Buenos Aires, Chaco, Santa Fé, Chubut, La Pampa y Formosa), entre los meses de abril y mayo de 2018.

Este material fue la principal fuente de información para elaborar el presente artículo, particularmente nueve entrevistas. También se observaron diversidad de encuentros, jornadas y congresos en los que estas personas representaron al incipiente sector del cooperativismo de cuidados, un proceso que fue ganando terreno tanto

en el campo del cooperativismo como en la arena política, gracias a las reivindicaciones del feminismo.

2. El orden social de las tareas del cuidado: entre la naturalización de lo femenino y el riesgo de la mercantilización

En su estudio sobre la negociación de la intimidad, Viviana Zelizer (2009) plantea la tensión que surge cuando se intersectan los cuidados personales con las transacciones económicas, poniendo de relieve una serie de controversias y obligaciones morales, jurídicas y políticas que se van develando según la época, el lugar y el escenario social donde esto fuera analizado. Uno de los aspectos más interesantes que rescata esta autora es la caracterización del cuidado como un trabajo relacional, es decir, como aquel en el que se entrecruzan los lazos personales con la actividad económica. De modo que, por su propia naturaleza, el cuidado no puede ser escindido de la noción de la intimidad de las vidas conectadas y, como consecuencia, de la necesidad constante de marcar y remarcar los límites de dicho *continuum*.

Como sabemos, las cuidadoras no son meras ejecutoras técnicas de un rol estático e impersonal, sino que brindan algo más que el servicio de acompañamiento físico. Son personas que conversan con la o el usuario del servicio, hacen bromas, los escuchan, responden y aconsejan a las familias, las vinculan con otras redes de personas, las ayudan y contemplan sus realidades particulares ¿Acaso por tratarse de una actividad que se vincula con el cuidado afectivo debe asumirse como un trabajo de *menor valor* y, por ende, mal remunerado? ¿Hasta dónde llegan los límites de las cuidadoras y cómo hacen para establecer el valor de su trabajo y evitar confusiones con las tareas que exceden dicha esfera laboral?

Zelizer asegura que las relaciones de cuidado “no se reducen al vínculo entre la cuidadora y quien recibe el cuidado, sino que por lo común involucran también a otros parientes, amigos y vecinos” (2009, p. 324). En este sentido, entendemos que las negociaciones tienden a equilibrar tres preocupaciones de las cuidadoras: su profesión, su estabilidad económica y el bienestar de la persona usuaria del servicio. Dentro de estos parámetros las cuidadoras establecen sus propias combinaciones, transacciones y relaciones. Pueden ser consideradas desde una empleada más en el hogar hasta una integrante de la familia. Pero lo que sí dejan en claro son los límites técnicos, éticos, morales y económicos de dicha actividad relacional.

Ahora bien, ¿de qué hablamos cuando hablamos de cuidados en la Argentina? Karina Bovelli (2019) nos explica que las tareas que

incluye el cuidado pueden dividirse, a grandes rasgos, en dos grupos: las tareas de cuidado directo (que atienden las necesidades del cuerpo relacionadas con la supervivencia, como dar de comer, bañar, vestir, administrar una medicación) y las de cuidado indirecto (que permiten la realización de las primeras y constituyen el trabajo doméstico, como limpieza de la casa, compra y preparación de alimentos, entre otras).

Si bien en el presente artículo abordaremos las tareas de cuidado directo que proveen las cooperativas de trabajadoras, es innegable el hecho de que, en ambos casos, estas actividades son realizadas casi en su totalidad por mujeres, tanto dentro como fuera de la casa (Marco Navarro y Rodríguez Enríquez, 2010). Así, el género, seguido por otras variables como clase, etnia, nacionalidad y poder relativo, es el factor que determina la asignación de estas tareas centrales para la vida.

En este sentido, vemos que la división sexual del trabajo, sostenida por la noción de la condición natural, repercute de manera directa en la distribución de las tareas del cuidado y configura el universo de sentidos sobre el cual se tejen los procesos de valoración de las mismas, haciendo que el cuidado, en tanto manifestación del *instinto* y del *amor* sea un trabajo no remunerado o, en el mejor de los casos, mal pagado. Porque, en definitiva, ¿quién puede ponerle precio al amor y a la preocupación por el otro?

En el caso de las cuidadoras domiciliarias que hoy en día son asociadas a cooperativas de trabajo o cooperativas de cuidados, notamos que muchas de ellas declaran no haber tenido experiencia previa en las tareas de cuidado antes de formarse o ingresar a la cooperativa. Sin embargo, cuando indagamos más al respecto, casi todas describieron haber cuidado a distintas personas de la familia en repetidas ocasiones. Y no sólo a sus padres, madres, hijas e hijos, sino que también es muy común que hayan cuidado a integrantes de la familia de sus esposos o parejas: “En mi caso no tenía experiencia previa, sólo cuidando a mis suegros, mis papás pero más de eso no, era ama de casa hasta ese momento” (Natalia, asistente gerontológica, Esquel, comunicación personal, mayo de 2018)⁶⁹. Pero claro, como diría Bovelli (2019), esta tarea había quedado invisibilizada tanto para la sociedad como para sus propias historias de vida.

La organización de estas labores indica, por lo tanto, no solamente desigualdades y jerarquías, sino también, en términos económicos, el riesgo de concentración y apropiación de un trabajo que realiza otra persona. En este sentido, cuando es remunerado, es decir

⁶⁹ Para resguardar la confidencialidad de las fuentes, los nombres de las personas entrevistadas fueron alterados.

cuando se contrata, salen a la luz ciertas modalidades que detentan condiciones de alta precarización (cuando existen intermediarios como las agencias) y de autoexplotación (cuando se provee de manera autónoma). Pero también existe una tercera modalidad, que asume la figura cooperativa, que tiende a la construcción participativa de la provisión del servicio (Flury y Laborda, 2018) y a la mejora significativa en términos de negociación de tareas e ingresos para las trabajadoras (Cascardo, 2019; Bottini y Sciarretta, 2019).

En este caso, las cooperativas de trabajo brindan un marco de oportunidades para que las mujeres puedan replantear y validar socialmente sus operaciones de valoración respecto de las tareas del cuidado.

Más aún, cuando se trata de cooperativas de cuidados, veremos que a la pretensión de equidad que es la base del cooperativismo, se le suma una serie de factores que hacen a la singularidad de estas organizaciones conformadas mayormente por mujeres, que se insertan a partir de una situación altamente desventajada: “Éramos toda gente vulnerable, la mayoría madres de familia, pilar de la casa, separada, madres solteras y demás” (Elena, auxiliar gerontológica, Formosa, comunicación personal, abril de 2018).

Cuando el cuidado es contratado, adquiere otras características ya que se desenvuelve en un plano más formal y comercial; veremos cómo las cuidadoras equilibran sus preocupaciones con las demandas de las familias que acuden a ellas.

3. La profesionalización como estandarte de sacrificio, superación y calidad

Preguntas sobre quién debe prestar los cuidados, cómo deben prestarse y por qué cada vez más personas tienden a la contratación de los mismos, encuentran asidero en la Argentina de hoy, solamente porque nos encontramos en un marco de desfamiliarización del cuidado. Como dijimos al principio, estas relaciones develan diferentes tensiones según el escenario social en el que tienen lugar, por eso en la actualidad la profesionalización y la cotización del servicio de cuidado puede ser puesta en cuestión, más allá de los límites del hogar.

Salimos a solucionar un problema que se está dando en todas las provincias, en donde los hijos no se pueden ocupar de los adultos mayores porque trabajan, la mujer también se insertó laboralmente, entonces pensando en todo eso el servicio ha salido a aliviar a las familias de ese gran inconveniente que surgió, que es nuevo y se viene con

todo. Creo que somos necesarios en esta tarea (Elena, auxiliar gerontológica, Formosa, comunicación personal, abril de 2018).

Así, cuando la necesidad de cuidado ya no puede resolverse en el ámbito de la familia, la modalidad de contratación pone al descubierto la cuestión de la profesionalización como una de las categorías determinantes en la percepción del valor de esta actividad y cobra mayor peculiaridad en el caso de las cooperativas de trabajo ¿Quién puede cuidar a una persona *como si* fuera de la propia familia? ¿Cómo se determinan las cualidades de una cuidadora y dónde se aprenden? ¿Cualquiera puede cuidar? ¿Cuál es la vía de acceso para este reconocimiento?

Carolina Recio Cáceres explica que la profesionalización “supone el reconocimiento y el prestigio de los saberes vinculados al cuidado” (2015, p.181) y que, por lo tanto, es el proceso a partir del cual se caracteriza al personal como adecuado y formado para satisfacer las necesidades de cuidados sociosanitarios. Sin embargo, aquí surgen dos cuestiones a resolver: por un lado, la pertinencia o validez a la hora de aplicar el concepto de profesionalización en este ámbito y, por otro lado, el papel que tiene *el arte cuidar* en tanto profesión reconocida por el Estado.

Justamente en el ámbito de los cuidados la noción de profesionalización no puede ser asimilada sin críticas como si se tratara de una actividad económica más. Es una actividad económica, por supuesto, y de las centrales para la reproducción ampliada de la vida, pero por lo que venimos diciendo, también somos conscientes de que fue por años invisibilizada en nuestras sociedades.

De este modo, la construcción social de la profesión de la cuidadora, es aún un terreno difuso y dinámico en el que se van cristalizando las actividades que se inscriben bajo la denominación de cuidados y permanece en constante tensión con la idea de mera externalización de las tareas del hogar. Construir la noción de profesión en el marco de un sistema androcéntrico que siempre priorizó la producción (masculina, si se quiere) de bienes y servicios y, consecuentemente, generó un modelo de realización y movilidad social a partir de proyectos profesionales, no es una tarea sencilla.

Para Robert Dingwall (2008) esta cuestión puede encaminarse mediante la dimensión dialéctica, comprendiendo la profesionalización no como una definición institucional sino como un proceso de identificación de un grupo frente a otros. De hecho, en el diálogo del endogrupo con los diversos exogrupos, como pueden ser las familias de

sus pacientes y las otras profesiones, es que sucede la construcción identitaria

En nuestro caso, la nitidez en la estructura profesional del cuidado y su reconocimiento, mayormente está dada por la formación. Esta combina el conocimiento experto con un sistema de credenciales que prestigia y distingue a la cuidadora que estudió de aquella que no lo hizo. Y aquí es donde queda en evidencia el rol del Estado en tanto actor jerarquizante, capaz de dotar de valor una actividad que socialmente está asociada a la intimidad, la domesticidad y, mal que nos pese, a la precariedad.

Para nuestras cuidadoras domiciliarias, el proceso de formación en los cursos de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) y la posterior implementación del Registro Nacional de Cuidadores, ha marcado un hito en su camino a la profesionalización y un punto de partida en la organización cooperativa del servicio (Bottini y Sciarretta, 2019).

En este sentido, el proceso de formación en un organismo institucional y su posterior validación social en un registro público es percibido por las cuidadoras como un factor significativo a la hora de valorar su propio trabajo. No solo son *más oficiales* que otras cuidadoras, sino que, a diferencia de aquellas, pudieron reflexionar acerca de sus capacidades para ejercer la profesión: “El hecho de ser una cuidadora despertó en mí cualidades que pensé no tenía y creo que fue la tierra fértil para después recibir este proyecto en mi vida” (Carmen, cuidadora domiciliaria, Resistencia, comunicación personal, abril de 2018).

Por lo visto, no cualquiera puede ser cuidadora. Y esta premisa rompe con el imaginario social construido en torno a la mujer abnegada que se ocupa de atender a la familia porque es su rol natural. Para cuidar, para saber cuidar a una persona, hay que estudiar.

Como resultado de este proceso, las cuidadoras domiciliarias alcanzan una comprensión de las actividades de cuidado y un sentido de pertenencia con su profesión que las posiciona en el mercado de otra manera. Saben delimitar el universo de actividades para el cual fueron formadas y qué otras cosas exceden su ámbito profesional. Como también logran construir herramientas para prestigiar su servicio frente a otras mujeres que cuidan sin haber tenido formación previa. Y así se lo transmiten a las familias que demandan el servicio. En otras palabras, *saben venderse*:

Acá en Esquel hay mucha confusión de lo que significa ser cuidadora domiciliaria y hay otro rol que es el de dama de compañía. La dama de compañía es para cuando el abuelo

puede hacerse la leche; me siento ahí y lo cuido, lo miro, y si salimos cuido de que no se caiga. Y a nosotras nos ha pasado mucho eso, incluso con el familiar, de que se confunda este rol con el de cuidadora. Me ha pasado en casas particulares que cuando llego me pongo a higienizar al abuelo y me preguntan ‘qué estoy haciendo’, y yo contesto ‘estoy haciendo mi trabajo’, y que el familiar me diga ‘pero las otras chicas no lo hacen’. Esas chicas no saben cuál es su rol como cuidadora. Muchas veces pasa que si el abuelo se quiebra, creen que ese ya no es su trabajo. Acá el rol es profesional del cuidado (Natalia, asistente gerontológica, Esquel).

Así como lo explica Natalia, existe una tensión permanente por la definición de las tareas de cuidado. A los fines de la valuación en términos de profesionalización, esto se traduce en la segmentación del mercado laboral y en la construcción de la cualificación. En el caso de las cooperativas de cuidados de la Argentina, la segmentación de las tareas de cuidado directo es bastante amplia porque, gracias a la formación y especialización en diferentes áreas de la salud, abarca múltiples beneficiarios: personas adultas mayores, personas adultas con algún grado de dependencia, niños y niñas, personas con enfermedades severas o terminales, con discapacidades o padecimientos psíquicos. Si bien gran parte de las personas beneficiarias del servicio son los adultos mayores, el público puede llegar a ser muy diverso:

Anita por ejemplo es payamédico y acompañante terapéutico, y hace 15 días comenzamos con una internación domiciliaria de un chico dependiente total, postrado por un accidente con una lesión medular, con una cuadriplejía. Y así se va aprendiendo de todos los pacientes. Si bien hay una formación teórica, no siempre el encontronazo con la práctica es el adulto mayor, hay otras necesidades (Sonia, acompañante terapéutica, Tres Arroyos, comunicación personal, abril de 2018).

Asimismo, a la variedad de tipos de familias y personas, se le suma también la complejidad en los sistemas de admisión y organización del servicio propiamente dicho. Cada cooperativa, en tanto empresa autogestionada, tiene un plan específico y un sistema adecuado para abordar las diferentes situaciones que se les presentan, gestionar el trabajo de sus asociadas y cumplir con las obligaciones fiscales y sanitarias existentes. Un arco de actividades asociadas a la

gestión empresarial que las cuidadoras también debieron aprender y las jerarquiza aún más en este universo.

Cuando la familia llega a la cooperativa, llega en un estado difícil y se saca la situación de encima. No tiene ganas de ponerse a pensar que más se puede hacer, porque la dificultad máxima que tenía, la cubre. Entonces no van a proponer cuestiones nuevas. Las propuestas surgen dentro de la propia cooperativa. La familia está muy contenta con la cooperativa y se deja acompañar. Nosotros los acompañamos y orientamos (Marta, cuidadora domiciliaria, Mar del Plata, comunicación personal, abril de 2018).

Aquí encontramos ese valor agregado y esa singularidad de las cooperativas que destacamos más arriba. Las cuidadoras domiciliarias no sólo son profesionales del cuidado, sino que, al trabajar en un proyecto colectivo, también se especializan en tareas de gestión y logran distinguirse aún más de aquellas cuidadoras que ejercen su trabajo bajo otras modalidades de contratación.

De esta manera, podemos asumir que las cuidadoras cooperativizadas tienen un marcado interés por destacar la profesionalización como un rasgo que aporta mayor valor a lo que hacen. La profesionalización las jerarquiza como trabajadoras que asisten en el ámbito de la salud ya que no son *damas de compañía*, son cuidadoras domiciliarias, acompañantes terapéuticas, asistentes gerontológicas, enfermeras, etc. y cada profesión tiene sus particularidades.

A partir de ello, encontramos que, en la percepción de la propia práctica, existe una autovaloración individual que pondera el sacrificio y la autosuperación, enraizado en la formación (*yo me esforcé por estudiar*). Pero paralelamente, también se da un proceso de jerarquización grupal, a partir de la profesionalización de cada una de las compañeras y de la cooperativa en general como una empresa singular, que se distingue de las otras modalidades de contratación por la calidad en su servicio.

4. El rol de quien cuida: negociaciones entre la autopercepción y lo que se espera de una cuidadora

En nuestro país el ámbito de los cuidados contratados constituye un tipo de mercado muy especial, basado en una economía de singularidades (Karpik, 2010) en la que el establecimiento de los

precios y la variación entre oferta y demanda no puede asimilarse a la de otros mercados más tradicionales. En ese sentido, en el mercado de los cuidados intervienen, además de la profesionalización como vimos recién, el interjuego de roles y la negociación de la información.

Tal como lo explica Patrik Aspers, “todos los fenómenos, incluidos los mercados, deben ser vistos como construcciones sociales” (2006, p. 163), construcciones que, para este autor, pueden ser de dos tipos: mercados de roles y mercados de intercambio. En los primeros, productores y consumidores ocupan roles fijos (por ejemplo, los mercados de producción), mientras que en los segundos, los roles pueden cambiar en cualquier momento (por ejemplo, los mercados financieros).⁷⁰ El singular mercado de los cuidados es un mercado de roles donde los actores cooperativizados construyen mundos acordes a sus valores que les permiten desplegar sus estrategias para reproducir la vida y no sus capitales.

Como demuestra la evidencia empírica, la puesta en acción de esos valores y significados, a partir de roles y normas, implica una interacción entre el rol autopercebido de la cuidadora y el rol esperado por las familias o beneficiarios del cuidado que acuden a ellas. La mediación entre dichas diferencias y el esclarecimiento de esta información se constituye como otro elemento que interviene también en los procesos de valuación. Así lo refleja Elena:

Como los precios estaban tan bajos, no se valoraba el trabajo del cuidador, totalmente degradado en ese aspecto, tanto así que una persona que era doméstica ganaba mucho más que un cuidador. Todas estas cosas empezamos nosotros a cambiarlas. Obviamente que se empezó a sumar más gente, empezamos a establecer tarifas y una modalidad de trabajo, y una vez que el grupo se fue afianzando y creciendo, empezamos a funcionar de manera de visibilizar el trabajo del cuidador (Elena, auxiliar gerontológica, Formosa, comunicación personal, abril de 2018).

La historia que nos cuenta Elena es una historia común a la del resto de las cuidadoras domiciliarias cooperativizadas. Antes de su

⁷⁰ Creemos necesario retomar esta distinción porque la mayoría de las investigaciones sobre mercados ignoran lo que Viviana Zelizer llama “múltiples hipótesis de mercado” (2011, p. 252), que se apoya en la noción de que existen diferentes tipos de mercados y que estos son socialmente variables, en lugar de, siguiendo a Harrison White (1981), considerar a los mercados de producción como si estos fuera el único tipo de mercado.

organización como empresa social, el trabajo de cuidados estaba subvalorado y existía mucha confusión respecto de las tareas que están contempladas dentro de su profesión y las que no.

Como vimos recién, además de la noción de externalización de las tareas del hogar y la falta de profesionalización de estas actividades, se le sumaba también el hecho de que las fronteras del cuidado se presentan difusas en comparación con un rol que ejercieron otras personas en el pasado cuando la familia requirió servicios similares:

La última gente que ha aparecido no tiene formación, se ha dedicado a acompañar pero no a cuidar, no tiene idea de cuidado y esto es una contra, una debilidad que hay en esta comunidad chica con menos de cien mil habitantes. Entonces siempre hay gente que es dama de compañía, pero lo nuestro es otra cosa, es brindar cuidados dirigidos específicos, esto para nosotros es una fortaleza, pero cuando vamos a la familia nos encontramos con que tenemos que convivir con los empleados de la familia, con gente que lo único que hace es acompañar y cuando la persona necesita cuidados, esa gente no puede (Sonia, acompañante terapéutica, Tres Arroyos, comunicación personal, abril de 2018).

Así las familias se encuentran muchas veces en una posición de incertidumbre, con escasos argumentos para diferenciar *la compañía* del cuidado, lo que luego se traduce en la valoración que tiene respecto de estas tareas, como si fueran intercambiables. Aquí entonces es cuando se potencia la voz de las cuidadoras para especificar su rol de proveedoras del servicio de cuidados e informar (casi, como si estuvieran dando una clase) a las familias respecto del proceso de cuidado, que va mucho más allá que la simple compañía que pudieron haber recibido en el pasado:

Hacemos una entrevista personal, explicamos cómo está el domicilio, qué situaciones se viven, aunque parezca mentira un 30% es el adulto a cuidar y el 70% es la familia, toda una planificación y un estudio, y ahí recién buscamos un cuidador que se asemeje a las necesidades que tiene esta familia, o sea no es al libre albedrío. Al cuidador se le explica toda esta situación, y cuando llega al domicilio, el 50% ya lo sabe, por ejemplo: la señora vive con un gatito, tiene una hija, etc., el 50% restante es parte de la tarea

(Marta, cuidadora domiciliaria, Mar del Plata, comunicación personal, abril de 2018).

Hacemos una selección más exhaustiva considerando diferentes factores, por ejemplo la patología del paciente, el carácter, la distancia y vemos entre las que están disponibles quiénes dan con el perfil. Esto nos permitió brindar un servicio de calidad, donde se busca no sólo el confort del paciente sino la empatía con el mismo; vale recordar que la cuidadora también tiene que estar a gusto en su guardia y si no lo está puede pedir el cambio (Carmen, cuidadora domiciliaria, Resistencia, comunicación personal, abril de 2018).

De este modo, la negociación de la información y los roles en el mercado de cuidados, es una operación tan delicada como los cuidados en sí mismos porque pone en evidencia la capacidad para construir un nuevo imaginario en torno a estas tareas y, a partir de él, renegociar su valoración tanto por parte de las familias que se acercan a contratar un servicio como por las propias cuidadoras que tendrán que poner precio a su trabajo.

5. Qué estamos pagando: los significados del precio y su proceso de validación social

Además de la profesionalización, la singularidad del mercado de los cuidados y el interjuego de los roles de las cuidadoras, en este universo de significados también coexisten características propias de la economía de la salud, tales como la mediación entre la confianza y la incertidumbre en la relación con la persona cuidada y sus familias, y las restricciones morales en el afán de lucro por la prestación de un servicio de estas características (Arrow, 1963).

Estos matices de la economía de la salud, siguiendo a Joseph Stiglitz (1999), hacen del sector de la salud, un sector diferente a cualquier otro de la economía, donde se ha comprobado que, en términos tradicionales de la Economía, Estado y Mercado funcionan de manera imperfecta y, por lo tanto, llevan a la sociedad a encontrar sus propias alternativas a partir de innovaciones institucionales del tipo comunitarias⁷¹. ¿Cómo hacen entonces las instituciones sin fines de

⁷¹ Los términos *tradicionales* harían referencia a la concepción neoliberal de la Economía, según la cual los actores que intervienen en cualquier tipo de transacción lo hacen buscando la optimización de los beneficios individuales.

lucro, como las cooperativas de cuidados, para proveer un servicio de calidad, fijando un precio justo que remunere el trabajo, en un mercado que se presenta como *imperfecto*? ¿Qué estamos pagando cuando contratamos a una empresa para que cuide de nuestros seres queridos? ¿Cuál es el punto de comparación cuando no podemos medir resultados?

Jairo Restrepo y Kristian Rojas aseguran que en este sector el problema que se plantea es que “el comprador de información no suele conocer el valor real de ésta” (2016, p. 232) y, por lo tanto, se reduce el deseo de comprar un bien incierto, del que no se conoce por completo su valor. Es decir, frente a la incertidumbre de las transacciones en la salud, la confianza emerge como otro factor visible en los procesos de valuación, pero más que nada ligada a un nivel social e institucional del sistema de cuidados en su conjunto, y no tanto a un nivel interpersonal, que tiene una base psicológica claramente diferente.

Así, en un mercado singular donde se desconocen muchas variables de lo que se está comprando, tales como la efectividad y duración de un tratamiento o servicio de cuidados, el impacto subjetivo del cuidado profesional en la vida de la persona, la calidad e intensidad de los vínculos afectivos, entre otras, poco se puede argumentar, a favor o en contra, desde la posición de cliente si no es por medio de la validación de la confianza que una institución le genera, en comparación con otros proveedores del mismo servicio.

Pagamos por la confianza y esta no solo se mide en términos de satisfacción con el servicio en relación al precio acordado, sino que está hondamente atravesada por actitudes de entrega, gratitud y retribución, como veremos a continuación. Cuando las familias, a pesar de la incertidumbre de su situación, depositan su confianza en la institución, se genera un proceso de validación social y el precio pasa a ser una parte de la retribución. La otra estaría conformada por el vínculo que se genera y sus externalidades positivas.

Un ejemplo típico de la validación de la confianza lo constituyen las vacaciones o los viajes, donde la familia deja a la cooperativa completamente a cargo de su ser querido:

La familia confía en la cooperativa. Si por ejemplo se tienen que ir de vacaciones, el cuidado queda a cargo de la cooperativa porque saben que queda a cargo de un grupo

En este marco conceptual, el mercado de la salud es *imperfecto* porque los actores no pueden calcular, controlar ni ponderar el principal riesgo que son los *fallos* en la información. Entonces la incertidumbre sobre la incidencia de una eventualidad y la relativa capacidad para confiar en la experiencia de los demás imposibilitan alcanzar la ansiada *eficiencia*.

de gente que va a satisfacer todo lo que esa persona necesita. Tenemos hasta la documentación del paciente, porque es una comunidad chica y nos conocemos todos. Es un trabajo personalizado (Roxana, enfermera, Tres Lomas, comunicación personal, mayo de 2018).

Para la familia también es importante el servicio que brindamos. Tenemos un caso de una persona que es hijo único, y ha podido ir a conocer a sus nietos a otro país porque nosotros le cuidamos a los padres 24 horas, esto demuestra la confianza y el nivel que tiene la cooperativa: que la familia deje 45 días al adulto con nosotros (Marta, cuidadora domiciliaria, Mar del Plata, comunicación personal, abril de 2018).

Así como existe la posibilidad de viajar con cierta tranquilidad porque la cooperativa asume el cuidado absoluto de la persona, las familias que contratan los servicios, no dudan en retribuir públicamente su gratitud. Veremos, por ejemplo, que otro esquema típico de la confianza es el proceso de recomendaciones, a partir del cual las cooperativas pueden ampliar su red de clientes, sin la necesidad de invertir sus recursos en estrategias de comunicación publicitaria.

El famoso *boca en boca*, como se las llama a las redes informales de recomendación, es la principal estrategia de difusión de todas ellas y nace gracias a este esquema de validación social de la confianza, tal como nos cuenta Sonia:

Hay familias clave en la cooperativa, que crecieron junto con nosotras. Una de esas familias son los Álvarez, familia de mucho dinero, que nos contrata para cuidar a su mamá en un cuidado paliativo y quedaron vinculados a la cooperativa. Siempre digo que hicieron la primera ‘explosión’, ellos nos dijeron que todo aquel que se vinculara con ellos iba a saber la calidad del servicio que nosotras brindamos. Son familias que si uno las necesita, están (Sonia, acompañante terapéutica, Tres Arroyos, comunicación personal, abril de 2018).

Como vemos en este ejemplo, las familias quedan ligadas a la vida de la cooperativa, más allá de los resultados que pudieron haber tenido. Y es ese vínculo el que permite los procesos de validación de la confianza, que redundan en la generación del prestigio institucional. Este punto no es menor, ya que, como venimos diciendo, las tareas de cuidado son invisibilizadas y subvaloradas, entonces, a la

profesionalización de las cuidadoras, se le suma la validación externa del prestigio institucional, dos factores clave como veremos a continuación para la construcción del precio propiamente dicho.

6. El valor de cuidar: la arquitectura de los precios y los criterios para retribuir el trabajo

Cuando Viviana Zelizer dice que el cuidado “pone a prueba los recursos familiares” (2009, p. 189), pensamos inmediatamente en el campo de lo monetario y en las indagaciones relativas a cuánto está dispuesta a pagar una familia por este servicio y cuánto está dispuesta a cobrar una cuidadora domiciliaria para hacerlo. Hasta el momento hablamos de las distintas vías de acceso para la construcción del valor de cuidar, como la profesionalización y la confianza. Veamos ahora cómo hacen las cooperativas de cuidados (que no tienen fines de lucro) para trasladar estos significados al campo de lo monetario y estrictamente numérico, a los fines de poder construir sus precios y que estos sean capaces tanto de retribuir el trabajo de las cuidadoras como de mantener la estructura empresarial de la cooperativa.

Tal como señalan Ana Inés Heras y David Burín (2014) los grupos de trabajo autogestionado generan sus propios criterios y se autorregulan en función de los acuerdos internos debido a que no existe una norma específica que les indique cómo hacerlo⁷². De modo que existe un amplio margen para la creatividad, las innovaciones y el aprendizaje mutuo entre las experiencias de este tipo.

En nuestro caso, veremos que las valuaciones monetarias se componen por un lado por los regímenes de valor que se acuerdan en torno a la construcción del precio al público por el servicio, y por otro lado por los construidos en torno a la retribución al trabajo aportado por cada asociada a la cooperativa. De la negociación entre ambos órdenes de valuación es que surgen las valuaciones monetarias, como veremos a continuación.

Cuando se trata del precio comunicado a los clientes (generalmente las familias particulares), lo primero a tener en cuenta es que la tarifa está conformada por la retribución al trabajo y por un componente destinado al sostenimiento de la cooperativa. El porcentaje que este último tiene respecto del precio se decide en asamblea, de la misma manera que el destino de los excedentes al finalizar cada

⁷² Como podría ser, en el campo de la economía lucrativa, el caso de los convenios colectivos de trabajo acordados entre los sindicatos y las empresas capitalistas.

ejercicio, si los hubiera. En la mayoría de los casos, se vota por la capitalización para que la cooperativa pueda seguir creciendo.

El camino para llegar a esa distribución, según los casos que hemos visto, puede ser diferente: algunas cooperativas lo estipulan previamente, es decir acuerdan con las familias un precio que contemple ambos componentes, mientras que otras organizaciones, mayormente cuando recién comienzan, reúnen todo lo recaudado en un fondo que, luego de todas las deducciones de costos de la cooperativa, reparten entre las personas trabajadoras, según la cantidad de horas que cada una aportó.

Con respecto a los criterios que se acuerdan para fijar el precio, las cooperativas de cuidadoras domiciliarias suelen arribar a los siguientes:

1. Según la escala salarial. Algunas organizaciones toman como parámetro el convenio colectivo del sector de sanidad (específicamente asistencia sanitaria domiciliaria) porque entienden que “el trabajo es el mismo” (Verónica, enfermera, Santa Rosa, comunicación personal, mayo de 2018). Sin embargo, los colectivos que toman esta escala para calcular el precio del servicio, a pesar de asegurar que están cobrando *un precio justo*, coinciden en que este no llega a ser suficiente para retribuir el trabajo y que, comparativamente, se encuentra *por debajo* respecto de otras empresas competidoras. Según dicha escala, el trabajo de las cuidadoras domiciliarias es el peor pago, algo que muchas conocen por experiencia propia, por lo que se presenta como un aspecto a resolver. Aquí el precio adquiere una impronta temporaria y termina representando el sacrificio de las cuidadoras en pos del crecimiento de la cooperativa, pero que luego tendrá que volver a ser discutido.

2. Según el tipo de servicio. Otras cooperativas ajustan sus tarifas a las particularidades del servicio, teniendo en cuenta los requerimientos físicos de la persona (grado de dependencia o autonomía, necesidad de suministro de medicación o tratamientos, peso, sexo, etc.) como ambientales (condiciones habitacionales, ubicación geográfica, turno requerido, etc.) porque entienden que no se trata del mismo trabajo:

La tarifa varía de acuerdo al paciente que va a ser atendido, no es lo mismo que un cuidador vaya como acompañante de una persona que tiene autonomía, que está con sus capacidades cognitivas intactas, a que vaya con un paciente con Alzheimer, con dependencia parcial, total, postrado y demás. Hemos elaborado tarifas de acuerdo al paciente, no se puede tener una tarifa única para todos

(Elena, auxiliar gerontológica, Formosa, comunicación personal, abril de 2018).

Como veremos más adelante, este criterio de cobro diferencial según la exigencia del servicio suele impactar en los significados relativos a la retribución del trabajo.

3. Según el valor de mercado. Sin estar ajenas a los criterios anteriores, otras cooperativas directamente toman como referencia el valor de mercado a partir de una concepción más global del servicio, es decir que va más allá del que presta en el domicilio la cuidadora. En ese precio se incluye también el trabajo administrativo, la planificación y la logística, y se lo piensa como un valor agregado:

Estamos perfectamente dentro del mercado y no sólo por lo económico, sino también porque les brindamos muchos servicios a la familia, que los absorbe la cooperativa, como la entrevista personalizada aquí en la cooperativa, luego la entrevista en el domicilio, el perfil del cuidador que se asemeje a la necesidad que tiene, no estamos con los feriados calendario, o sea que hay muchos servicios que esta cooperativa le brinda la familia. Nuestro precio es altamente competitivo (Marta, cuidadora domiciliaria, Mar del Plata, comunicación personal, abril de 2018).

Este tipo de criterio es característico de las cooperativas más consolidadas, que pueden sostener dicha estructura donde también se emplean personas para que ejecuten otros roles.

4. Según la realidad del territorio. Algunas realizan un promedio entre los valores oficialmente reconocidos y los valores relevados empíricamente que cobran aquellas cuidadoras que ejercen su trabajo de manera individual. En este caso, como la comparación se realiza entre el sector formal y el informal, la tendencia de dicho promedio es a bajar el precio “para poder competir” (Yanina, cuidadora domiciliaria, Salta, comunicación personal, abril de 2018). Aquí la impronta del precio es similar a la del primer caso, se trata de un valor monetario que no alcanza a retribuir el trabajo pero que empíricamente es el mejor posible en función del contexto.

5. Según la negociación de necesidades. Otras organizaciones construyen el precio en función de un promedio entre lo que necesitan ganar y entre lo que las familias pueden pagar. Aquí se da una profunda identificación y empatía entre las proveedoras del servicio de cuidado y las familias beneficiarias, apelando al espíritu solidario de dichos grupos:

Hay que tener en cuenta que muchos de los cuidadores y enfermeros viven de esta profesión y, como tal, necesitan de un sueldo que les permita vivir dignamente como cualquier otro trabajador. Entonces una familia de clase media no va a poder pagar un sueldo a otra persona, ahí es donde entra en juego hacia dónde estamos dirigidos actualmente y adónde queremos proyectarnos más adelante para acceder más a las familias (Elena, auxiliar gerontológica, Formosa, comunicación personal, abril de 2018).

En este punto es donde se cruzan “la situación económica, el sentimiento por el abuelo y el familiar, que sabemos que a ellos les cuesta” (Natalia, asistente gerontológica, Esquel, comunicación personal, mayo de 2018).

Entonces cabe preguntarse ¿Qué es lo que está pagando una familia? Como vimos, no sólo está pagando determinada cantidad de horas de cuidados, está contratando un servicio profesional, de confianza, provisto por una entidad que dispone de una estructura solidaria hacia afuera y hacia adentro:

Hay familias que se ajustan al presupuesto, porque saben que tienen garantías, que pueden seguir con sus vidas, se pueden quedar tranquilos que sus familiares van a estar bien cuidados (...) la familia sabe que tiene un respaldo con nosotros, que somos gente responsable, que cumple con horarios, con los días convenidos y que aunque llueva o truene Nosotros siempre estamos. Hemos ido ganando prestigio en esta área, confían totalmente en el criterio nuestro a la hora de enviar un cuidador, porque es minuciosa la selección y se trata de una atención personalizada, tenemos un equipo multidisciplinario que respalda el trabajo del cuidado (Elena, auxiliar gerontológica, Formosa, comunicación personal, abril de 2018).

Una vez establecido el precio al público, aún resta resolver puertas adentro, cómo se retribuye el trabajo aportado por cada una de las personas asociadas porque, como hemos visto, no siempre se fija primero el valor monetario del trabajo y luego el precio del servicio. Además, a la hora de redistribuir el dinero, por tratarse de una entidad del campo solidario y no lucrativo, también se ponen en juego otras

variables como es el caso de la formación identitaria (Pérez Penas et al., 2014) donde las trabajadoras asumen que también son dueñas de la empresa y así reconocen la capacidad de decidir y debatir cómo se remunera el trabajo. Estos cálculos pueden llegar a ser tan dinámicos que no necesariamente reflejan las mismas estructuras que las de la formación del precio. Por este motivo es que presentamos ambos órdenes de valuaciones por separado. De modo que, con respecto a los criterios que se acuerdan para retribuir el trabajo aportado, las cooperativas de cuidadoras domiciliarias suelen arribar a los siguientes:

1. Valor de la hora según las características de la persona a cuidar. Este criterio que, como se mostró más arriba, suele aparecer en la composición del precio, también es tenido en cuenta a la hora de remunerar el trabajo. La impronta del valor de la hora está dada por el desgaste que puede sufrir la cuidadora, según la persona que se le haya asignado: “no es lo mismo trabajar con una persona que está postrada, que aquella que camina, que sólo hay que estar para acompañar, y eso varía los ingresos de cada uno. Es en relación al trabajo que se hace” (Marisol, cuidadora domiciliaria, Reconquista, comunicación personal, abril de 2018). En este caso, las cuidadoras cobran por hora, pero se contempla un valor diferencial según la condición de la persona a cuidar. Más allá de eso no existen otros componentes de distinción como podría ser la antigüedad, la formación profesional o el turno de trabajo.

2. Mismo valor por hora. En este caso, todas las cuidadoras cobran el mismo valor por hora y se cuida el desgaste de cada una buscando la rotación de los domicilios y limitando la cantidad de turnos que puede asumir cada una: “todos iguales en función de la cantidad de guardias, que son la mayoría de 8 horas. En nuestro caso la asistente que está en ese domicilio va a cobrar lo mismo que cobra otra en otro domicilio” (Verónica, enfermera, Santa Rosa, comunicación personal, mayo de 2018). Este esquema es asimilable con el “igualitarismo equitativo” planteado por Heras y Burín (2014, p. 80), según el cual la hora de trabajo vale lo mismo, pero se mide el tiempo de trabajo, poniendo el acento en que todos los trabajos son importantes y que todas tienen que trabajar por igual.

3. Mismo valor siempre. En este caso, todas las personas cobran lo mismo, sin tener en cuenta la cantidad de horas trabajadas y el tipo de usuario que se atiende: “la distribución es igual para todas, independientemente de la cantidad de horas que hagamos. Nos han dicho que no tiene que ser así, pero igual lo hacemos de esta manera” (Natalia, asistente gerontológica, Esquel, comunicación personal, mayo de 2018). Este esquema se asemeja al “igualitarismo” planteado por Heras y Burín (2014, p. 80), según el cual la lógica subyacente es que

ningún trabajo vale más que otro y que la distinción de valores puede generar jerarquías. Aquí, según los autores, la clave reside en la confianza recíproca y en la responsabilidad individual, donde cada una tratará de aportar lo máximo posible para hacer crecer la cooperativa.

Estos criterios también pueden ir variando en las organizaciones según otros factores de incidencia para la vida institucional, como es el caso de su antigüedad o etapa de consolidación, escala, variedad de roles y servicios, matriz de surgimiento, posesión de una sede propia, frecuencia de encuentros para el debate y la reflexión, experiencia previa de las trabajadoras en otras cooperativas de trabajo u organizaciones de la Economía Social y Solidaria, particularidades de las economías regionales, vínculos políticos con los municipios u órganos locales, aprehensión y sentido de pertenencia al proyecto colectivo.

7. ¿Quién cuida a una cuidadora? La protección de las trabajadoras como valor agregado a la retribución del trabajo

Más allá de la retribución monetaria por el trabajo, hay un aspecto interesante en la organización solidaria de la prestación de este servicio: la percepción del costo que representa para una cuidadora hacer su trabajo. En las cooperativas de cuidados existe una profunda conciencia sobre ese esfuerzo extra que conlleva el cuidado y que difícilmente puede ser valorizado a través del dinero. Ese *costo* para las cuidadoras puede manifestarse en el desgaste psíquico cuando atienden pacientes terminales o con serias complicaciones cognitivas, el cansancio físico cuando cuidan a personas con movilidad reducida o muy grandes y hasta el agotamiento emocional cuando atraviesan la muerte de una de ellas o se enfrentan a cuadros delicados que les remiten a situaciones familiares en sus propias biografías.

Hay un sinnúmero de situaciones que cotidianamente significan para ellas un costo adicional que no puede ser retribuido con dinero y así es como nace el lema de muchas de estas organizaciones: *la cuidadora cuidada*. A partir de esta idea, todas las cooperativas se preocupan por cubrir ese costo con distintas estrategias, ya sea con la provisión de elementos que facilitan el trabajo (como fajas para la cintura), con la disponibilidad para consultas psicológicas, grupos de reflexión, asistencia con otros profesionales para evacuar dudas, equipos interdisciplinarios, etc. o bien con la atenta escucha a la diversidad de necesidades de las trabajadoras, especialmente de aquellas que provienen de contextos altamente vulnerables, tales como la bancarización, la posibilidad de pedir un préstamo o hasta casas transitorias para quienes son víctimas de violencia de género.

La idea que subyace a todo esto es, en definitiva, la de entender el cuidado también al interior del grupo y de ponderarlo como otra prioridad. Esto se encuentra presente en los relatos de las cuidadoras y es percibido como un valor agregado que sólo pudieron hallar a partir del trabajo autogestionado y que no se encontraba presente en la provisión individual del servicio. Cooperativizar el trabajo implicó para ellas cooperativizar los costos y sus vías de resolución porque “las chicas saben que no están solas” (Marta, cuidadora domiciliaria, Mar del Plata, comunicación personal, abril de 2018).

8. Reflexiones finales

En este texto nos propusimos abordar los procesos de valuación en torno a la prestación del servicio de cuidados. Como hemos visto, la valuación, ya sea monetaria o no monetaria, permite dotar de sentidos las prácticas para ordenarlas socialmente y esto es lo que nos permite ordenar nuestro mundo. En el caso de los cuidados, vimos que los sentidos asociados a su valor están cambiando debido al escenario social que favorece la desnaturalización del rol de la mujer como cuidadora y al escenario económico que advierte el surgimiento de diversas oportunidades para explotar este trabajo.

Como se fue desarrollando, estos modos mediante los cuales las personas asignan un valor a cuidar, están atravesados por las tres preocupaciones centrales de las cuidadoras: su profesión, su estabilidad económica y el bienestar de la persona usuaria del servicio. La profesionalización de las cuidadoras adquiere atributos positivos y jerarquizantes por representar, mediante un sistema de credenciales, el mérito y el esfuerzo ante un proceso de formación que aún se encuentra en la etapa de consolidación. También en la profesionalización es donde se encuentran argumentos para delimitar las prácticas del cuidado y ordenar los sentidos en torno al rol de quien cuida y lo que debe esperarse de esa persona. Cabría preguntarse en este punto por qué dentro del área de los cuidados existen marcadas desigualdades en el camino a la profesionalización de ciertas ocupaciones y qué rol han jugado el Estado, las profesiones más tradicionales y los colectivos autogestionados en términos de control y de presión social.

La estabilidad económica, por tratarse de colectivos autogestionados, adquiere matices particulares ya que se piensa más allá de la esfera individual. Se trata de una preocupación colectiva en la que se negocia el precio, la retribución del trabajo, la sostenibilidad de la organización y la disponibilidad de pago por el servicio según diferentes criterios. Posteriormente estos criterios son contrastados socialmente y se validan gracias a la confianza o el prestigio

institucional que la cooperativa fue construyendo. Aquí es interesante introducir el debate sobre las distintas concepciones de equidad y preguntarnos qué sucede cuándo las organizaciones alcanzan una mayor escala y permiten la emergencia de nuevos perfiles tanto de trabajadoras como de familias y personas usuarias del servicio.

Finalmente, el bienestar de la persona a cuidar es un aspecto que atraviesa todo el análisis sobre los procesos de valuación porque es el que termina cerrando ese contrato tácito según el cual algo vale lo que vale. Hemos visto que cuestiones tan relativas como los conceptos de calidad, satisfacción o éxito de un servicio, quedan en un segundo plano una vez que las personas entienden que los componentes del bienestar son tan válidos para los beneficiarios como para las cuidadoras. En pocas palabras, no hay bienestar posible sin una ética del bienestar que apunte al desarrollo de todas las personas en su conjunto. La pregunta que surge respecto de este punto se vincula con la diferencia entre la concepción del bienestar que tienen este tipo de organizaciones frente a otros proveedores del servicio de cuidados.

Teniendo en cuenta estos hallazgos, es posible asumir que la construcción del valor en el ámbito de los cuidados se apoya en concepciones tradicionales sobre el trabajo (como la retribución a la profesionalización y la necesidad de construir escalas remunerativas) y, al mismo tiempo, en concepciones singulares de las empresas sin fines de lucro sobre aspectos más intangibles (como la retribución a la confianza, la negociación de necesidades y la búsqueda del bien común). Así las cosas, el dinero pasa a simbolizar apenas una parte de todo este proceso, y los precios, lejos de marcar jerarquías, dan cuenta de historias personales y organizacionales en constante cambio.

9. Bibliografía

- Arrow, K. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care, *The American Economic Review*, LIII (5) 941-973
- Aspers, P. (2006) *Markets in Fashion. A phenomenological approach*. Routledge.
- Bovelli, K. (2019) El cuidado: una actividad indispensable pero invisible. En: Gabriela Nelba Guerrero (comp.) *Los derroteros del cuidado*. Universidad Nacional de Quilmes, 31-44.
- Bottini, A. y Sciarretta, V. (2019) “Aportes de la Economía Social y Solidaria al cuidado” en Gabriela Nelba Guerrero (comp.) *Los derroteros del cuidado*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, 2019, 31-44.
- Cascardo, M. F. (2019) Feminista y solidaria. Una articulación de concepciones económicas heterodoxas a partir del caso de las cooperativas de cuidadoras domiciliarias. *Actas de las XIV Jornadas*

- Nacionales de Historia de las Mujeres y IX Congreso Iberoamericano de Estudios de Género*, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2019
- Dingwall, R. (2008) *Essays on professions*. Classics in Sociology.
- Federici, S. (2015) *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Tinta Limón Ediciones.
- Flury, J. y Laborda, V. (2018) La problemática del cuidado: una oportunidad para trascender el ámbito de lo privado y asegurar el acceso a una multiplicidad de derechos. En Jorge Bragulat (Ed.) *Las cooperativas sociales en la prestación de servicios asistenciales. Análisis de experiencias y de su potencial desarrollo en América Latina*. Eduntref, 71-100.
- Fourcade, M. (2016) Dinero y sentimientos: valuación económica y la naturaleza de la “Naturaleza”. En *Apuntes de Investigación del CECyP*, 27, 68-125.
- Heras, A. y Burín, D. (2014) Para que las diferencias no se transformen en desigualdad. Criterios para distribuir recursos y remunerar el trabajo en colectivos autogestionados de Argentina. En *Revista Idelcoop*, 213, 72-109.
- Karpik, L. (2010) *Valuing the Unique: The Economics of Singularities*. Princeton University Press.
- Marco Navarro, F. y Rodríguez Enríquez, C. (2010) Pasos hacia un marco conceptual sobre el cuidado. En Sonia Montañó Virreira (coord.) *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*. CEPAL, 93-114.
- Pérez Penas, A.; Aramburu, F.; Matos, R.; Kornitz, S.; Cortiñas, V. (2014) Distribución de excedentes y remuneración en cooperativas de trabajo. Un abordaje desde la formación identitaria del colectivo de trabajadores asociados. *Revista Idelcoop*, 213, 53-71.
- Ramognini, M. E. (2018) Mujeres, cuidados y reproducción. La división sexual del trabajo en las políticas sociales. En Nora Goren (comp.) *El trabajo en el Conurbano Bonaerense: actores, instituciones y sentidos*. Edunpaz, 375-402.
- Recio Cáceres, C.; Moreno-Colom, S.; Borràs Català, V.; Torns Martín, T. (2015) La profesionalización del sector de los cuidados. *Zerbitzuan Revista de Estudios Sociales*, (60), 179-194.
- Restrepo, J. y Rojas, K. (2016) La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963). *Lecturas de Economía*, 84 (enero-junio 2016), 209-242.
- Sacroisky, A. (2022). Economía social, solidaria y género. Las cooperativas de cuidados en Argentina. *Idelcoop*, 237, 13–29.
- Segato, R. (2003) *Las estructuras elementales de la violencia*. Prometeo.
- Stiglitz, J. E. (1999) *Incentives and Institutions in the Provision of Health Care in Developing Countries: Toward an Efficient and Equitable Health Care Strategy*. IHEA Meetingd.
- White, H. (1981) Where do markets come from? *American Journal of Sociology*, 87(3).
- Wilks, A. (Ed.) (2018) *El poder de (e)valuar*. Universidad Nacional de General San Martín.
- Zelizer, V. (2009) *La negociación de la intimidad*. Fondo de Cultura
- 212 *Revista Sudamérica ISSN 2314-1174, Nº 18, Julio 2023, pp. 188-213.*

*¿Cuánto vale cuidar a una persona? El caso de las cuidadoras
cooperativizadas en Argentina | Valeria Laborda*

Económica.
Zelizer, V. (2011) *El significado social del dinero*. Fondo de Cultura
Económica.