

IV. LAS RELACIONES DE CUIDADOS

EN 2001, LA REVISTA *FORBES* estimó que los bienes de Barbara Piasecka Johnson ascendían a 2.400 millones de dólares y la ubicó entre las veinte mujeres más ricas del mundo. Cuarenta años antes, la pobre y joven Barbara Piasecka había llegado a Estados Unidos desde su Polonia natal y había trabajado como cocinera. Luego, sin embargo, se había casado con el heredero de los productos medicinales y para bebés J. Seward Johnson y lo había cuidado durante su última enfermedad. Después enfrentó una feroz batalla legal contra sus seis hijos para conservar la fortuna que Johnson le había dejado en su testamento. En su detallado análisis del caso Johnson, el periodista especializado en temas jurídicos David Margolick, del *New York Times*, describió el litigio por el legado como el más "importante, costoso, desagradable y espectacular en la historia estadounidense" (Margolick, 1993: 12).¹

Unas pocas semanas después de que Barbara ("Basia") Piasecka llegara de Polonia, la segunda esposa de Seward Johnson, Esther Underwood "Essie" Johnson, la empleó como cocinera. Basia cocinaba tan mal que pronto la mucama polaca de los Johnson, que la había contratado, intercambió su trabajo con ella. Como mucama, Basia ganaba 100 dólares por semana. Un año más tarde, dejó su trabajo con los Johnson. Pero para ese entonces ya había llamado la atención de Seward. Éste le ofreció a Basia, que había estudiado historia del arte en Polonia, un trabajo por 12.000 dólares al año como curadora de su nueva colección de arte. También le hizo una cantidad de regalos, no sólo joyas y pieles, sino también dos casas en Italia y un fondo fiduciario de 500.000 dólares.

En 1971, Seward, que ya tenía 76 años, se había divorciado de Essie y se había casado enseguida con Basia, que tenía 34 años. Ocho años más tarde, en 1979, su salud empezó a deteriorarse. Hasta su muerte en 1983, Basia lo cuidó intermitentemente y supervisó su atención. Una de las enfermeras profesionales que se ocupaba de él llamó a Basia "su enfermera número uno" (Margolick, 1993: 154). De hecho, durante su última enfermedad, Basia

¹ Véase también Barbara Goldsmith, *Johnson v. Johnson*, Nueva York, Knopf, 1987, para una descripción que difiere en algunos detalles de la de Margolick.

le hacía masajes a Seward. Le ponía bolsas de hielo o paños calientes cuando sentía algún dolor. Le salaba la sopa y le preparaba un té de hierbas especial [...] Le leía, lo bañaba, le cortaba las uñas, lo peinaba, le recortaba la barba, lo vestía, le secaba la frente. Lo ayudaba a caminar, y cuando ya no pudo levantar su mano, ella podía adivinar casi telepáticamente dónde le dolía [...] Lo limpiaba cuando hacía sus necesidades, sin quejarse (Margolick 1993: 161).

Otra enfermera se preguntaba "por qué quería una RN* cuando ella hacía todo lo que él necesitaba" (Margolick, 1993: 161).

En su testamento, Seward nombraba a Basia como la principal beneficiaria de su fortuna de 400 millones de dólares. Sus seis hijos de sus dos matrimonios anteriores, sin embargo, se opusieron a esta disposición. Sus abogados presentaron tres objeciones: primero, que Seward estaba incapacitado; segundo, que el testamento no cumplía con las formalidades requeridas; y tercero, que el testamento había sido obtenido "con engaño, bajo coacción e influencia indebida de parte de la viuda de Seward Johnson" (Margolick, 1993: 215). Los abogados de los hijos describieron a Basia como una mujer dominante, incluso intimidante, que, por lo tanto, ejercía una influencia indebida sobre un anciano debilitado. Como respuesta, los testigos de Basia y su equipo de abogados la describieron como solícita, afectuosa y generosa en su cuidado del moribundo.

Advirtamos lo que los decepcionados herederos reclamaban y lo que no. No discutían la validez del matrimonio, ni los efectivos cuidados de Basia, ni tampoco el apego de Seward hacia ella. Por el contrario, argumentaban que los cuidados constituían una forma de campaña impropia para influir sobre el legado, aislando a Seward de otras influencias y excluyendo a sus hijos de su legítima herencia. Después de un juicio que se prolongó durante tres años, incluyendo largas sesiones en los tribunales, las partes llegaron a un acuerdo en 1986, y Basia se quedó con una buena parte del patrimonio. Los abogados de los hijos reconocieron que Basia tenía derechos considerables como consecuencia de su relación con Seward.

La teoría jurídica de la "influencia indebida" tiene consecuencias de peso para la negociación de la intimidad. Presupone que ciertas formas de atención íntima pertenecen a algunas relaciones y sólo a ellas, y también que, en esas mismas relaciones, un exceso de atenciones constituye un abuso sospechoso de la relación. De una manera más general, tanto las prácticas cotidianas como

* RN: *registered nurse*, enfermera profesional. [N. de la T.]

las teorías jurídicas combinan calidad y cantidad apropiadas de atención de la salud en determinadas relaciones sociales, y desapruueban e incluso penalizan las combinaciones inapropiadas. Las demandas por influencia indebida se extienden a las relaciones profesionales. Tomemos el caso, en Mississippi, de Clarence Holland, Fannie Moses y sus hermanas y hermano (*In re Will of Moses*, 227 So. 2d 829 [Miss. 1969]; véase también Dobris y Sterk, 1998: 394-401). A su muerte, en 1967, el testamento de Moses de 1964 (a diferencia de uno anterior) dejaba la mayor parte de su patrimonio de 125.000 dólares a su abogado y amante, Holland, que la había visitado y cuidado casi diariamente durante sus últimos años.

En Jackson, Mississippi, Fannie Moses administraba cuatro edificios de departamentos y una granja. Según uno de los jueces que se ocupó de su caso, ella tenía "una fuerte personalidad y hacía su voluntad, aunque su forma de vivir a veces molestaba a sus hermanas y la alejó de ellas" (*Moses*, 227 So. 2d 839). Fannie Moses, que ya se había quedado viuda dos veces, tuvo un romance con Clarence Holland un poco después de 1950, cuando ella entraba en los 40 y todavía seguía casada con su tercer marido, Walter Moses. Después de la muerte de Walter, la relación de Fannie y Holland se hizo más estrecha. El juez informa que él "visitaba a la señora Moses casi todos los días en los términos de la mayor intimidad". De hecho, Fannie declaró que Holland, quien era 15 años menor que ella, no sólo era su abogado, sino también su novio. Y él continuó con sus "constantes atenciones amorosas" (833) durante los últimos años de Fannie, años de alcoholismo, problemas cardíacos y cáncer de mama. En un testamento de 1961, Fannie le legaba a Holland sus joyas, pero mantenía a sus hermanas como sus principales beneficiarias. Tres años más tarde, rehizo su testamento, y le dejó a él la mayor parte de sus bienes.

Cuando se hizo el trámite para obtener la autenticación del testamento en 1967, el juez de la corte testamentaria lo rechazó de plano, juzgando que era producto de una influencia indebida. A su parecer, la doble relación de Fannie y de Holland, de abogado y cliente por un lado y de amantes por el otro, la exponía a Fannie a una situación de especial vulnerabilidad ante presiones ilegítimas. Holland apeló, pero la Corte Suprema de Mississippi rechazó sus reclamos. La corte justificó su decisión aduciendo que esta "mujer que envejecía enamorada de su amante más joven [...] que era también su abogado" no podía tomar decisiones razonables. Peor aún, la corte advertía: "Hay testimonios que indican que ella conservaba la patética esperanza de que él se iba a casar con ella" (833, 835). La corte coincidía en que no se trataba de que Fannie Moses no estuviera bien de la cabeza. No era la "moral sexual" de la relación

lo que se cuestionaba. La corte determinó que éstos eran puntos relevantes sólo "en la medida en que su existencia [...] permitía inferir una influencia indebida, que superaba y aumentaba la que normalmente existe en la relación entre un abogado y su cliente" (836). Esa objeción fue más fuerte incluso que la declaración de Holland de que para la redacción del testamento Fannie recibió un asesoramiento independiente.

J. Robertson, el juez en disenso, discutió la atribución de una influencia indebida, insistiendo en que la redacción del testamento se había realizado de la manera apropiada. "El hecho de que ella decidiera dejar la mayor parte de su propiedad al hombre que amaba prefiriéndolo a sus hermanas y a su hermano", arguyó el juez, "no es una disposición tan antinatural como para que invalide el testamento" (840). Sin embargo, la mayoría de la corte de Mississippi determinó finalmente que Clarence Holland había abusado de su relación profesional, y que había ejercido una influencia indebida sobre su cliente.

Los casos de influencia indebida de Johnson y de Moses pueden parecer justificadores de la idea de los mundos hostiles. A partir de las decisiones de los tribunales, podemos llegar a la conclusión de que la mezcla del cuidado de la salud de una persona con transacciones económicas inevitablemente produce una doble corrupción: alienta la explotación de las relaciones de cuidados por parte de oportunistas calculadores y convierte lo que debería ser una relación estrictamente profesional en una conducta incorrecta. Es un hecho, sin embargo, que tanto las prácticas cotidianas como las teorías jurídicas aceptan e incluso favorecen la mezcla de cuidados íntimos con transacciones económicas, mientras se cumpla la adecuada combinación de relaciones, transacciones y medios. Este capítulo analiza el proceso de combinación, estudia las distinciones entre diversas relaciones de cuidados y contempla el sutil trabajo de separación de las formas de cuidados aprobadas de las desaprobadas. Abarcando muchas más relaciones que el capítulo anterior, que se ocupaba sólo de las relaciones de pareja, estudia en detalle el trabajo relacional en los cuidados íntimos.

¿Qué define a los cuidados? Las relaciones de cuidados implican una atención personal sostenida y/o intensiva que se prodiga para el bienestar de quien recibe esta atención. Podemos ubicar un mínimo de "atención personal sostenida y/o intensiva" en un rápido masaje en un centro comercial o en una breve sesión telefónica con un consejero espiritual. El máximo puede tomar la forma de un vínculo de toda la vida, como el de una madre con su hija, o verse representado en la fidelidad de muchos años de una empleada doméstica. Es obvio que los cuidados varían en gran medida según el grado de intimidad, y

pueden ser bastante impersonales o generar vínculos muy estrechos. Las relaciones de cuidados también se pueden considerar íntimas en cuanto implican confianza: confían al menos a una de las partes información acerca de la otra parte que no es accesible a todo el mundo y que podría dañarla si terceras partes tuvieran acceso a ella.

Las relaciones de cuidados varían según la duración, la extensión y el tipo de atenciones. Se superponen con algunas clases de relaciones de pareja (como vimos en el capítulo III) y a menudo representan uno de los componentes de las relaciones dentro del hogar (como lo veremos en el capítulo V). La misión del presente capítulo, sin embargo, es presentar el entrelazamiento de las relaciones de cuidados y las transacciones económicas de producción, consumo, distribución y transferencias de bienes. El tema merece una especial atención porque la mezcla de los cuidados personales con las transacciones económicas a menudo genera intensas controversias morales y jurídicas acerca de las combinaciones apropiadas e inapropiadas. Los dos casos de influencia indebida, el de Barbara Piasecka Johnson y el de Clarence Holland, ilustran cuánto hay en juego y qué violentas hostilidades puede suscitar la mezcla controvertida de cuidados y transacciones económicas. Pero las controversias también surgen en una amplia variedad de combinaciones entre los cuidados y las transacciones económicas donde no hay intimidación sexual como en los casos de Johnson y de Holland: la apropiada remuneración por el cuidado profesional de niños, los honorarios para tratamientos médicos, los salarios para las amas de casa, la protección de personas mayores en geriátricos, la responsabilidad por la salud de los niños, el bienestar de los padres ancianos y muchos otros casos más.

¿Qué clases de obligaciones económicas generan y satisfacen las relaciones de cuidados? Las respuestas a estos interrogantes fundamentales desde el punto de vista moral, jurídico y político varían enormemente según la época, el lugar y el escenario social. Los cambios sociales y políticos, como el aumento de la edad promedio de la población, el ingreso de las mujeres al mercado laboral, las restricciones en los requisitos para acceder a los servicios de bienestar social, la mayor escolaridad, las limitaciones al trabajo infantil, todo esto incide en las distintas formas de relaciones de cuidados como también en su ubicación en la economía en su conjunto.

Siguiendo el modelo del capítulo III, este capítulo presenta un panorama de los cambios y de las variaciones en la intersección de las actividades económicas y de las relaciones de cuidados antes de entrar en el estudio de los litigios legales donde las cortes estadounidenses deben establecer combinaciones apropiadas de cuidados y de transacciones económicas. En la práctica coti-

diana y en el ámbito legal, muestra cuánto trabajo relacional se efectúa en la prestación de cuidados personales. En ambos terrenos, se centra sobre todo en las formas más íntimas de cuidados, en las cuales entra en juego la confianza y una información potencialmente peligrosa. Para ordenar el análisis de las formas más comunes de cuidados, será conveniente presentar un *continuum* de lugares para las relaciones de cuidados: en un extremo, los cuidados que tienen lugar por completo dentro del hogar; en el otro extremo, los cuidados que se ubican principalmente fuera del hogar, y en el medio, los cuidados que cruzan los umbrales del hogar. Iremos de los cuidados dentro del hogar a los que entran y salen de los límites del hogar, para terminar con las relaciones que se sitúan fuera de los hogares.

LOS CUIDADOS EN EL HOGAR

Casi por definición, los hogares combinan una vasta gama de relaciones de cuidados y de transacciones económicas. Los miembros se brindan los unos a los otros cuidados de salud, consejos acerca del cuidado de los niños, información y muchos otros servicios. Al mismo tiempo, se ven implicados constantemente en la producción, el consumo, la distribución y las transferencias financieras. Alimentar a una familia representa una obvia y sin embargo olvidada intersección de cuidados y actividad económica. Como lo ha demostrado Marjorie DeVault (1991), la actividad, en su mayor parte invisible, que consiste en planear, hacer las compras y preparar la comida implica permanentes, y a menudo reñidas, negociaciones de las relaciones familiares. Como conclusión de sus entrevistas en un variado conjunto de treinta hogares en el área de Chicago, DeVault refiere que las mujeres realizan casi todo el trabajo vinculado a la alimentación en los hogares, y se esfuerzan para que las comidas sean acordes a las supuestas definiciones de las relaciones esposo-esposa y madre-hijo. Por ejemplo, las comidas apropiadas para los maridos implicaban una deferencia hacia las preocupaciones y las responsabilidades del hombre fuera del hogar. Las comidas, demuestra DeVault, significaban más que nutrición o economía: de una manera rutinaria, simbolizaban los vínculos de género adecuados.²

² En otra investigación, DeVault muestra el mismo trabajo de crear y mantener las relaciones familiares con "salidas familiares" como visitas al zoológico; véase Marjorie L. DeVault, "Producing Family Time: Practices of Leisure Activity beyond Home", en Naomi Gerstel, Dan

La adquisición y la preparación de comida, de todos modos, determinan todo un conjunto de relaciones sociales más allá de las relaciones de género. DeVault nos brinda un ejemplo ilustrativo de cómo Janice, una enfermera que vive con su marido y sus dos hijos adolescentes, se las arregla para preservar tanto la cohesión como la independencia de los miembros de la familia:

Las comidas son a menudo acontecimientos familiares, que se preparan y se consumen en conjunto en la casa. Janice y sus hijos deciden en el momento si van a cocinar o no, y "quien está en la casa se sienta y come". Las compras que hace Janice son las que permiten este tipo de independencia: "Lo que hago es tener en casa la suficiente comida como para que cualquiera que quiera pueda comer. Entonces, quien está en casa hace la comida, si desea hacerla" (DeVault, 1991: 63).

Como podemos deducir del relato de DeVault, detrás de la alimentación de la familia se oculta un sistema entero que ella denomina de control y suministro: estar atento a las demandas cambiantes y a los esquemas de consumo de los miembros de la familia para adecuar la adquisición y la producción de alimentos en el hogar y proporcionar una comida accesible y apropiada. De hecho, DeVault señala que con regularidad las mujeres que participaron de su estudio negociaron las compras por parte de otros miembros de la familia o indujeron a esos miembros a ir de compras para obtener información con respecto a sus preferencias. Janice, por ejemplo, contó que de vez en cuando les pedía a sus hijos adolescentes que fueran al supermercado con ella: "Entonces compran lo que les gusta, no lo que me gusta a mí. Y también se dan cuenta de lo que les gusta. ¿Prefieres esta marca o esta otra? [...] Con ese tipo de cosas conoces a tus hijos, y a la gente con la que estás trabajando" (62). Cada una de sus encuestadas, observa DeVault, "en sus actividades cotidianas [...] produce una versión de 'familia' en un escenario particular: poniendo a punto, satisfaciendo o corrigiendo relaciones sociales para lograr, literalmente, determinada forma de vida doméstica" (91).

Sin duda, como lo muestra DeVault, no todas las relaciones de consumo en el hogar generan armonía y espíritu de colaboración. Consideremos otros

Clawson y Robert Zussman (eds.), *Families at Work: Expanding the Boundaries*, Nashville, Vanderbilt University Press, 2002, pp. 266-283. Para una comparación entre los hogares de DeVault y hogares de gays o de lesbianas, véase Christopher Carrington, *No Place like Home: Relationships and Family Life among Lesbians and Gay Men*, Chicago, University of Chicago Press, 1999.

estudios bien documentados. En su trabajo sobre los niños afroamericanos que viven en los barrios pobres del centro de Filadelfia, Carl Nightingale registra una alta dosis de rencor y de conflictos en las negociaciones entre padres e hijos en relación con el consumo. Los padres, exasperados por las exigencias permanentes y desmedidas de sus hijos con respecto al uso del dinero, se enfrentan con hijos decepcionados por la incapacidad de sus padres de proveerles bienes materiales. Nightingale observa que las peleas sobre cómo gastar los reducidos ingresos familiares, incluyendo los reembolsos de impuestos y los cheques del servicio de ayuda social, deterioran seriamente las relaciones familiares:

Todos los chicos cuyas familias conocí bien atravesaban situaciones similares: las peleas a los gritos entre Fahim y su madre acerca de cómo había gastado su cheque de ayuda social, el disgusto de Teresa cuando descubrió que no iba a poder comprarse un vestido nuevo porque el novio de su mamá había pedido parte del dinero familiar para comprar *crack* y la decisión de Omar de irse de la casa de su madre porque "la odio. Siempre está pidiéndonos dinero a todos [los del Kids' Club]. Eso va a trascender, y la gente va a empezar a hablar". Él también sentía que ella nunca tenía suficiente dinero para la ropa que necesitaba para ir al colegio (Nightingale, 1993: 159; véase también Bourgois, 1995).

Así, la mezcla de relaciones de cuidados y de actividades económicas en el hogar tiene lugar en un contexto de permanentes negociaciones, a veces en un clima de cooperación, a veces en medio de estallidos de conflictos.

Dar de comer y comprar ropa de ninguna manera agota las actividades de cuidados que se brindan en los hogares. Como nos ha mostrado ya la historia de Barbara Piasecka y de J. Steward Johnson, los cuidados relacionados con la salud a veces resultan ser más importantes en los hogares que el suministro de comida y de ropa. Incluso cuando los profesionales médicos suministran instrucciones y remedios, los miembros de la familia prodigan parte de los cuidados. Aseguran la higiene, compran los remedios y otros artículos de farmacia, aprenden algunas técnicas médicas como dar inyecciones o controlar los signos vitales. Los miembros del hogar también se hacen cargo de las consultas médicas de los enfermos y se ocupan de su traslado, como también de sus dietas especiales y de otras atenciones requeridas por su situación. En Los Ángeles, por ejemplo, las mujeres inmigrantes guatemaltecas dependían mucho de sus redes interpersonales para asegurarse atención médica para ellas y los miembros de sus familias. A través de una serie de lazos informales, las muje-

res adquirirían conocimiento y acceso tanto a la medicina estadounidense como a formas no ortodoxas de curación, como hierbas, rituales y medicamentos bajo receta en Estados Unidos, pero de venta libre en su país de origen.

Las madres se involucraban cotidianamente en el suministro de cuidados de salud en sus hogares. Cecilia Menjívar afirma acerca de Aida, una de las mujeres guatemaltecas que entrevistó en un estudio sobre estas prácticas de cuidado de la salud:

Como la mayoría de las mujeres en este estudio, Aida se siente responsable de la salud de la familia y de sus necesidades [...] Siempre tiene presente la salud de su familia y se preocupa por poner a su alcance todos los tratamientos que conoce. Puso una ayuda memoria en su heladera: *Darle las vitaminas a la beiby. Ponerle las pastillas en la lonchera a Luis** (Menjívar, 2002: 452 y 453).

Tanto en los hogares de inmigrantes como entre los ciudadanos nativos, una gran cantidad de cuidados de salud se realizan dentro del hogar. Incluso ahora, por ejemplo, la mayor parte del cuidado de los ancianos tiene lugar en las casas (Cancian y Oliner, 2000: 65; Wolf, 2004). Es obvio que los cuidados familiares incluyen una proporción aún mayor de niños enfermos (Lukemeyer, Meyers y Smeeding, 2000).

Es cierto que desde hace aproximadamente un siglo, el crecimiento del número de hospitales, clínicas y profesionales de la medicina desplazó una cantidad de atención de la salud de los hogares a escenarios profesionales. Durante las últimas décadas, sin embargo, el desarrollo de las organizaciones de administración de la salud y el envejecimiento de la población estadounidense se combinaron para llevar otra vez una creciente cantidad de cuidados de la salud a los hogares. Son notables los resultados que arrojó en 2003 un centro de intercambio de información acerca de la atención de la salud y que podemos resumir en los siguientes puntos:

- Se estima que 22,4 millones de hogares en Estados Unidos, o sea, uno de cada cuatro, suministra cuidados a una persona querida de 50 años o más.
- Entre 5,8 millones a 71 millones de miembros de la familia, amigos y vecinos prodigan cuidados a una persona de 65 años o más que necesita ayuda en sus actividades cotidianas.

* El texto indicado con *itálicas* está en español en el original. [N. de la T.]

- Aproximadamente 12,8 millones de estadounidenses de todas las edades necesitan ayuda de otras personas para realizar sus actividades cotidianas.
- Para el año 2007, el número de hogares donde se brindarán cuidados a personas de 50 años o más en Estados Unidos podría alcanzar los 39 millones.
- En California, el 28% de los habitantes de 40 años o más necesitaron cuidados en su hogar para sí mismos o para un familiar durante el año 2002. De ellos, más de la mitad necesitaron ayuda en el hogar durante más de seis meses.
- Si los servicios brindados por la familia, los amigos o los vecinos tuvieran que ser reemplazados por servicios pagos, se estima que costarían aproximadamente 196 mil millones de dólares.³

Por lo tanto, en Estados Unidos, la atención de la salud en el hogar se está convirtiendo en una de las más formidables actividades económicas. ¿Cómo funciona? En su estudio sobre el cuidado de la salud, que representa un hito en el tema, Nona Glazer entrevistó a enfermeras profesionales, a asistentes de salud en el hogar,* a enfermeras responsables** y a asistentes sociales acerca de lo que ella llama cuidados familiares "aficionados" para pacientes graves. Con una política hospitalaria que en Estados Unidos tiende a hacer volver a los pacientes a sus casas lo antes posible, Glazer descubrió que los miembros de las familias han ido asumiendo cada vez más responsabilidades en relación con la atención de sus enfermos. Nos dice:

"Brindar cuidados" abarca en la actualidad toda una nueva gama de tareas relacionadas con la enfermería y la medicina. Los que brindan cuidados en el hogar atienden una cantidad de problemas de los pacientes, desde sus reac-

³ Adaptado de "Family Caregiver Alliance Fact Sheets: Selected Long-Term Care Statistics", "Selected Caregiver Statistics", "Work and Eldercare". Family Caregiver Alliance, <<http://www.caregiver.org>>. Consultado el 24 de mayo de 2003. Véase también Leslie Gray y Lynn Friss Feinberg, "Survey of Californians about In-Home Care Services", National Center on Caregiving, Family Caregiver Alliance, 2003. Disponible en línea: <<http://www.caregiver.org>>. Consultado el 23 de mayo de 2003.

* Las asistentes de salud en el hogar [*home health aides*] no son exactamente enfermeras, aunque tienen un certificado de estudios que las capacita para acompañar a personas enfermas, además de controlar su salud y realizar tareas básicas en el hogar, como prepararles comida. [N. de la T.]

** Las enfermeras responsables [*nurse managers*] son las que se ocupan de supervisar la atención del paciente las 24 horas. [N. de la T.]

ciones a los remedios hasta crisis graves [...] Las tareas de los que brindan cuidados en el hogar pueden ser bastante sencillas, como supervisar ejercicios respiratorios, o pueden ser complejas, como evitar que un equipo sea el medio por el cual las bacterias peligrosas lleguen al corazón (Glazer, 1993: 193).

Por lo tanto, las enfermeras deben entrenar a miembros inexpertos de la familia y también a los pacientes para que puedan realizar procedimientos a veces delicados, a veces difíciles. Incluso las familias de inmigrantes con muy pocos conocimientos de inglés aprenden a utilizar técnicas médicas. Glazer menciona a una familia vietnamita en la cual sólo sabía inglés el marido de la paciente que se estaba muriendo. Los miembros de la familia, de todos modos, se las ingeniaron para aprender a administrar quimioterapia endovenosa, suministrar medicamentos para aliviar el dolor y controlar los síntomas alarmantes de la mujer. El marido, advierte Glazer, tuvo que hacer diez visitas para aprender a irrigar un catéter tipo Hickman (para logros similares en hogares de lesbianas y de gays, véase Carrington, 1999: 136-138).

Sin duda, los cuidados familiares no siempre se brindan en un medio solidario o representan una atención adecuada. Los miembros de la familia a menudo temen, por ejemplo, que los fondos que tienen reservados para mantener a sus padres dependientes de ellos no les alcancen (véase Abel, 1990, 1991: 140 y 141). Glazer refiere situaciones de conflicto, de resistencia o de simple agotamiento a raíz del estrés que produce la atención exigente y prolongada de un enfermo (Glazer, 1993; véanse también Pyke, 1999; Spragins, 2002). El cuidado de la salud en el hogar pone a prueba los recursos familiares.

Precisamente a causa de la cantidad y de la dificultad de los cuidados de la salud en el hogar, cada vez con mayor frecuencia se debaten las políticas que conciernen a las responsabilidades económicas de los individuos, de las familias y del gobierno para el suministro de cuidados. Al mismo tiempo, han proliferado los servicios de asesoramiento y promoción. En un extremo tenemos la teoría de que cada individuo debería cuidarse por sí mismo; en el otro, que el gobierno debería proporcionar cuidados de salud para todos. Entre ambos extremos, sin embargo, se han propuesto numerosas combinaciones posibles.

A partir de 1990, en la era de las privatizaciones, una cantidad de programas han incluido alguna forma de apoyo público para compensar los cuidados brindados en la familia durante mucho tiempo a ancianos o a personas jóvenes con algún tipo de discapacidad. Estos programas, denominados programas dirigidos por el consumidor, pueden consistir en "asignaciones" para la cuidadora o en un salario para ella. El primer acuerdo proporciona pequeños

estipendios a las cuidadoras familiares (de 100 a 200 dólares por mes) para subsidiar las compras cotidianas, como pañales para adultos o medicamentos que no requieren prescripción médica. Este dinero no se considera un pago por el trabajo de cuidados. Por el contrario, el segundo programa prevé el pago de un salario a los miembros de la familia, considerando el vínculo persona que cuida-persona cuidada en la familia como un vínculo de empleador-empleador (Polivka, 2001: 3 y 4).

En 2001, el más importante de estos programas en Estados Unidos funcionaba en California. Los pacientes, en el programa dirigido por el consumidor de este Estado, estaban autorizados a "contratar y despedir, fijar los horarios, entrenar y supervisar" a quienes iban a cuidarlos, que podían ser sus cónyuges, padres u otros miembros de la familia, amigos o vecinos. En un estudio del sistema californiano de 1999 que inició en la University of California, Los Ángeles (UCLA), el US Department of Health and Human Services, se llegó a la conclusión de que los miembros de la familia proporcionaban servicios de mejor calidad que los trabajadores que no tenían vínculos de parentesco. Específicamente, ese estudio descubrió que los pacientes que eran cuidados por miembros de la familia "manifestaron tener una sensación de mayor seguridad, se sentían más libres para elegir la manera en querían que sus asistentes realizaran sus tareas, y se entendían mejor con ellos" (Doty *et al.*, 1999: 5). Las cuidadoras familiares, advertía el estudio, tienen grandes ventajas sobre los asistentes externos: el permiso legal para realizar tareas paramédicas o médicas, como la supervisión del funcionamiento de los intestinos y de la vejiga, y la administración de remedios.

En su estudio de las familias de inmigrantes chinos en el área de la bahía de San Francisco, Pei-Chia Lan (2002) describe cómo las familias negocian sus relaciones con el programa californiano. Los inmigrantes que tenían padres ancianos a su cargo en el área de la bahía por lo general elegían entre dos formas de acuerdo, ya que ambas cubrían sus obligaciones de piedad filial. Algunos alojaban a sus padres en sus propias casas, a veces contratando asistentes de salud para que los cuidaran durante el día mientras ellos trabajaban. Otros contrataban cuidadoras que se ocupaban de sus padres, quienes vivían en otra casa. En ambos casos, los miembros de la familia transferían cualquier bien de sus padres que se pudiera detectar legalmente, de modo de cumplir los requisitos para recibir los beneficios del gobierno de Estados Unidos. Entre las generaciones, de todos modos, los recursos podían fluir en cualquiera de los dos sentidos, en forma de alojamiento, alimentación, dinero y pagos por el trabajo de cuidados en el hogar. En este último caso, los hogares de más bajos recur-

sos a menudo dependían del sistema de remuneración vigente en California, y reclutaban a trabajadores taiwaneses que representaban el papel de falsos parientes y a menudo colaboraban con los hijos en la planificación de los cuidados. (En tales circunstancias, tenían lugar delicadas negociaciones acerca de las responsabilidades y obligaciones morales de los hijos y de los parientes políticos.) Aunque los inmigrantes ricos evitaban los subsidios estatales que consideraban un estigma, los de bajos recursos sentían que tenían derecho a la ayuda económica del Estado, que representaba un medio para poder cumplir con sus deberes filiales, y era un complemento del Social Security,* Medicare** y otros programas federales de ayuda social. (Para saber cómo funcionan planes similares en Gran Bretaña, véase Ungerson, 1997, 2000.)

Otros programas experimentales de asistencia social han intentado pagarles a mujeres de bajos recursos por el cuidado de sus propios hijos enfermos o discapacitados; así, paradójicamente, les otorgaban el estatus de asistentes de salud asalariadas. Consideremos el caso de Tasha, tal como se nos presenta en un estudio sobre las estrategias utilizadas por las madres que dependen de los programas de salud para el cuidado de hijos con problemas de salud crónicos o discapacidades, después de las reformas en los planes de bienestar social a principios de la década de 1990. Tasha, una afroamericana soltera de 45 años que vivía en Cleveland con sus dos hijos, había tenido que dejar la Ohio State University para cuidar a su padre enfermo. Luego tuvo que ocuparse de la atención de su hija que padecía ataques epilépticos graves. Cuando perdió la ayuda de la asistencia social, se las arregló para que la contrataran en un programa donde le pagaban una tarifa muy baja por hora sin derecho a prestaciones médicas por treinta horas semanales de trabajos de cuidados. El reducido salario le ayudó a Tasha a reformular su estatus social:

Me siento bien, bien, saben, porque como dije, siento que tengo suerte al poder hacer cosas en casa. Fui a ver algunos muebles para la sala el otro día y el tipo me dijo: "¿Tienes trabajo?". Y yo le dije: "Sí, tengo un trabajo". Ustedes saben mi número de seguridad social, saben, ustedes pueden controlarlo. Así, ese tipo de cosas te hacen, te hacen sentir bien [...] Sabes, tienes un estatus

* Social Security es el programa federal de bienestar y seguridad social más importante de Estados Unidos, sobre todo para ancianos, familiares de personas fallecidas y discapacitados. Incluye también ayudas por desempleo. [N. de la T.]

** Medicare es un seguro de salud del gobierno de Estados Unidos para personas de 65 años en adelante. El programa se inició en 1965. [N. de la T.]

diferente [cuando] no te consideran un desocupado (London, Scott y Hunter, 2002: 109).

En este caso, la entrada de un salario por los cuidados no deteriora la economía moral del hogar, sino todo lo contrario. (Acerca del pago por el Estado a familiares por el cuidado transitorio de niños, véase Geen, 2003.)

De todos modos, como podemos suponer, estos programas suscitan intensos debates morales y políticos, a menudo con las advertencias de los mundos hostiles acerca de la contaminación y del deterioro de las obligaciones morales (Olson, 2003). El informe de 1999 en California resume los pros y los contras de este tipo de pagos. Con una perspectiva positiva, los que están a favor argumentan que es a veces preferible pagar a los miembros de la familia antes que implicar a extraños en lo que a menudo son formas íntimas de atención. Esta clase de pagos, alegan, de hecho "refuerzan las relaciones naturales de cuidados". Desde una perspectiva negativa, los críticos del programa piensan que pagar a las personas para que "cumplan con sus obligaciones morales dentro del sistema familiar" es irresponsable desde el punto de vista fiscal y genera corrupción desde el punto de vista moral, aumentando el gasto público y al mismo tiempo "distorsionando las relaciones familiares". Igualmente alarmante, opinan, es la contaminación inversa. "Los vínculos afectivos y las complejas relaciones familiares pueden complicar e incluso deteriorar lo que debería ser una relación de servicios de tipo comercial [...] Echar a un miembro de tu familia (sobre todo si comparte tu techo) en caso de que no realice su tarea de una manera satisfactoria debe ser en extremo difícil, si no imposible" (Doty *et al.*, 1999: 11).

Adviértase que quienes se oponen al pago por parte del Estado de los cuidados brindados en el hogar invocan las ya familiares ideas paralelas de que la intrusión del mercado en el sagrado espacio de la familia provoca corrupción de un modo inevitable, y que la intrusión de los afectos en el lugar de trabajo reduce la eficiencia. Incluso los que apoyan el programa son cautelosos. El informe de 1999 indica que en el Estado de California quienes se ocupan de estudiar las solicitudes están entrenados para "identificar y descartar servicios (como las tareas domésticas y la preparación de comidas) que los miembros de la familia que viven en el hogar y que no están discapacitados deberían ser capaces de realizar con gusto sin recibir un pago por ello" (Doty *et al.*, 1999: 39). De esta manera, desplazan pero todavía protegen el límite entre las zonas de cuidados apropiadamente comerciales y las intrínsecamente no comerciales.

A pesar de estos programas innovadores del gobierno, la mayoría de los miembros del hogar siguen siendo responsables no asalariados del suministro de cuidados de salud recíprocos. En consecuencia, deben enfrentar a menudo responsabilidades económicas tanto de rutina como excepcionales. Reconociendo esas responsabilidades, una cantidad de organizaciones proporcionan asesoramiento a personas que brindan cuidados en el hogar. Por ejemplo, los asesores familiares de la Family Caregiver Alliance les sugieren a los adultos que para decidir si van a traer a vivir con ellos a un padre dependiente deben considerar cuestiones como las siguientes:

- ¿Cómo va a ser el acuerdo económico? ¿Debo cobrar un alquiler? ¿Habrá gastos que tendrá que cubrir?
- ¿Qué pensarán mis hermanos del acuerdo económico?
- ¿Tendrá que cambiar mi situación laboral?, y si es así, ¿cómo cubriré mis gastos?⁴

Aquí, como en todas partes, los acuerdos económicos para el suministro de cuidados no deben tener en cuenta sólo el costo, la conveniencia y la eficiencia. También implican negociaciones de las formas, las representaciones, las obligaciones y los derechos que son inseparables de los lazos interpersonales significativos.

LOS CUIDADOS QUE CRUZAN LOS LÍMITES DEL HOGAR

En los Estados Unidos comercializados de principios del siglo XXI, los miembros del hogar todavía representan los principales proveedores de cuidados para los demás miembros del hogar. Sin duda, la concentración en la familia de los servicios de cuidados reafirma la suposición de una neta división entre el difuso, sentimental y no comercial mundo de la familia y el mundo especializado, impersonal y comercializado de los bienes y servicios fuera de la familia. Ya hemos

⁴ "Changing Places: Should Your Parents Move in with You?", Family Caregiver Alliance, <<http://www.caregiver.org>>. Consultado el 24 de mayo de 2003. Véase también consejos a padres de hogares de tránsito en la Child Welfare League of America, <<http://www.cwla.org/programs/kinship/financial.htm>>. Consultado el 25 de mayo de 2003. Véanse también Tom Copeland, *Contracts and Policies: How to Be Businesslike in a Caring Profession*, St. Paul (MN), Redleaf Press, 1991, y Barry Fish y Les Kotzer, *The Family Fight*, Washington DC, Continental Atlantic Publications, 2002.

visto una falla importante en esta división: el incesante zumbido de la producción, el consumo, la distribución y las transferencias económicas de bienes dentro del hogar, por no mencionar las conexiones entre hogares. Pero las relaciones de cuidados a menudo también cruzan los límites del hogar, y también con frecuencia crean vínculos que implican transacciones económicas bien definidas entre los que proveen y los que reciben el cuidado. Tal como lo afirma de manera convincente Francesca Cancian, la comercialización de los servicios de cuidados no impide que se brinde una atención cuidadosa y personalizada.⁵

En Estados Unidos, es un hecho histórico que personas que viven fuera de los hogares brinden algunos tipos de cuidados dentro de ellos. Consideremos el caso de la partera y curandera Martha Ballard. Como profesional de la salud, Ballard, cumplió un papel fundamental entre los habitantes de Hallowell, Maine, en el siglo XVIII. En la introducción de Laurel Thatcher Ulrich al diario de Ballard nos enteramos de que en el lapso de 21 días, en 1798, Ballard tuvo que atender "cuatro partos, respondió a una falsa alarma obstétrica, realizó dieciséis visitas médicas, preparó tres cuerpos para su entierro, le recetó píldoras a un vecino, cosechó y preparó hierbas medicinales para otro, y trató por un dolor de garganta a su marido" (Ulrich, 1991: 40). De este modo, como señala Ulrich, en términos contemporáneos, Ballard "era simultáneamente partera, enfermera, médica, encargada de pompas fúnebres, farmacéutica y una buena esposa" (Ulrich, 1991: 40).

Como partera, Ballard intervino repetidas veces en momentos cruciales en la vida de las familias. En 1790, su tarifa de 6 chelines por nacimiento igua-

⁵ Francesca Cancian, "Paid Emotional Care", en Madonna Harrington Meyer (ed.), *Care Work: Gender Labor and the Welfare State*, Nueva York, Routledge, 2000, pp. 136-148; véanse también Ann Crittenden, *The Price of Motherhood*, Nueva York, Metropolitan Books, 2001; Paula England y Nancy Folbre, "The Cost of Caring", en Ronnie J. Steinberg y Deborah M. Figart (eds.), "Emotional Labor in the Service of Economy", número especial de *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561, enero de 1999, pp. 39-51; Nancy Folbre y Julie A. Nelson, "For Love or Money... or Both?", en *Journal of Economic Perspectives*, 14 (4), otoño, 2000, pp. 123-140; Rob Geen, *Kinship Care*, Washington, DC, Urban Institute Press, 2003; Nathan L. Linsk et al., *Wages for Caring: Compensating Family Care of the Elderly*, Nueva York, Praeger, 1992; Cameron Lynne Macdonald y David A. Merrill, "It Shouldn't Have to Be a Trade: Recognition and Redistribution in Care Work Advocacy", en Julie A. Nelson y Paula England (eds.), "Feminist Philosophies of Love and Work", número especial de *Hypatia*, 17, primavera, 2002, pp. 67-83; Carol Rose, "Rhetoric and Romance: A Comment on Spouses and Strangers", en *Georgetown Law Journal*, 82, 2409, 1994; Clare Ungerson, "Cash for Care", en Madonna Harrington Meyer (ed.), *Care Work: Gender Labor and the Welfare State*, Nueva York, Routledge, 2000, pp. 68-88; Lynet Uttal, *Making Care Work*, New Brunswick (NJ), Rutgers University Press, 2002; Joan Williams, *Unbending Gender: Why Family and Work Conflict and What to Do about It*, Nueva York, Oxford University Press, 2000.

laba el ingreso diario de su marido Ephraim Ballard en su trabajo como agricultor. A menudo lo excedía con creces, cuando algunos hogares pudientes duplicaban o cuadruplicaban su tarifa usual. Ballard registraba cuidadosamente los diferentes pagos que recibía como partera:

El señor Lathrop me pagó mis honorarios por atender a su esposa el 19 de marzo pasado [...] recibí azúcar el 28 de nov.

El señor Parker me dio 18/ por atender a su Esposa durante su enfermedad con su Último Hijo [...] su Esposa me regaló 1 ½ yardas de cinta.

Recibí una lb de café, 1 yd de cinta, y una guarda para una gorra como Extraordinario por atenderla (Ulrich, 1991: 197, 199).

Como lo sugieren los seis chelines estándar por un parto, Ballard por lo general calculaba su tarifa según el trabajo, y no por el tiempo o esfuerzo invertidos. Para las familias de menos recursos, reducía o eliminaba el pago. En un caso mandó a su marido Ephraim "para ver si [la señora Welsh] tenía madera, y para que le hiciera una pala" (Ulrich, 1991: 198, 384). Ballard variaba sus tarifas, no sólo según el servicio y el nivel social, sino también según la forma de remuneración. Recibía su paga principalmente de tres maneras: al contado, en especies y en forma de crédito en el almacén. (A veces, vecinos agradecidos también le hacían regalos en retribución por sus servicios.) Como nos informa Ulrich, Ballard recibía de todo, desde "tejas" hasta "un par de planchas de hierro". La mayoría de los pagos eran comida, telas y artículos para el hogar: queso, manteca, trigo, centeno, maíz, cerditos y pavos, velas, una gran rueda, lana sin lavar, telas, bacalao, teteras, dedales, un espejo, pañuelos y rapé (Ulrich, 1991: 197). Los comerciantes, sin embargo, solían pagar, a menudo con generosidad, con créditos en sus negocios. La economía de los cuidados de Martha Ballard se entrelazaba de este modo sutilmente con los complejos esquemas de las relaciones sociales en este pueblo en el siglo XVIII.⁶

⁶ Para la economía de las curanderas del siglo XVII, véase Rebecca J. Tannenbaum, *The Healer's Calling: Women and Medicine in Early New England*, Ithaca (NY), Cornell University Press, 2002; para las mujeres que brindaban servicios de cuidado de la salud en el siglo XIX, véase Emily K. Abel, *Hearts of Wisdom: American Women Caring for Kin 1850-1940*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2000; para la superposición de medicina y magia en la historia inglesa, véase Owen Davis, *Cunning-Folk: Popular Magic in English History*, Londres, Hambleton and London, 2003.

Más de dos siglos más tarde, los profesionales de la salud están más especializados que Martha Ballard. Pueden ser médicos o empleados de pompas fúnebres. Una de las profesiones peor remuneradas es la de asistente de salud en el hogar. Al estudiar los cambios en Medicare y la reestructuración del financiamiento de los servicios de atención de la salud en el hogar, Deborah Stone entrevistó a 24 profesionales de la salud, entre ellos enfermeras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales y asistentes en el hogar. Descubrió un sistema de pago que compensaba a los cuidadores sólo por la atención física de los pacientes, y no por conversar con ellos u otras formas de atención o asistencia personales. También descubrió, sin embargo, que los trabajadores de la salud en los hogares no se transformaban en insensibles agentes burocráticos. Seguían siendo, nos informa Stone, "bien conscientes de que el cuidado de la salud en el hogar es un trabajo muy íntimo y personal" (Stone, 1999: 64).

Casi sin excepción, las asistentes de salud que entrevistó manifestaron visitar a sus pacientes en sus días libres, a menudo llevándoles artículos de almacén o ayudándolos de alguna otra forma. En cuanto a las advertencias de las agencias contra el hecho de involucrarse afectivamente con los pacientes, las asistentes y las enfermeras le refirieron a Stone que no eran razonables: "Si eres humano" o "si tienes una pizca de compasión, sencillamente lo haces" (Stone, 1999: 66). Para sortear un sistema de pago inadecuado, las asistentes de la salud en el hogar definen su colaboración adicional como amistad o ayuda al prójimo. Además, a pesar de las prohibiciones de las agencias de dar regalos, las cuidadoras y sus pacientes a menudo se intercambian obsequios. Las enfermeras, por ejemplo, informa Stone, "a menudo traen flores, pan casero o pequeños objetos que saben que sus pacientes pueden usar" (Stone, 2000a: 109; véanse también Aronson y Neysmith, 1996; Karner, 1998: 79). Los asistentes de salud también manejan a su manera las reglas al tratar otros problemas además de los oficialmente establecidos y a veces incluso se ocupan de la salud del cónyuge del paciente. Sin duda, como destaca Stone, las estructuras inadecuadas de retribución se aprovechan de la preocupación de las cuidadoras por sus pacientes. Sin embargo, sus entrevistas demuestran de una manera irrefutable que los sistemas de pago no condicionan las relaciones de cuidados. En cambio, las cuidadoras de hecho manipulan los sistemas de pago para asegurarse de poder proporcionar los cuidados apropiados en cada relación. Una vez más descubrimos una correspondencia de medios, transacciones y relaciones sociales significativas.

Ocurren procesos similares en el cuidado de los niños en el hogar por personas de afuera. Históricamente, el cuidado de los niños en los hogares esta-

dounidenses ha estado a cargo de niñeras, nodrizas, niñeras y gobernantas. A fines del siglo xx, sin embargo, el aumento de la cantidad de madres que trabajan fuera del hogar generó una fuerte demanda de atención asalariada para los niños. Una gran parte de estos cuidados se realizan en la actualidad fuera de los hogares, en jardines maternales, guarderías, jardines de infantes y colegios. Sin embargo, la mayoría se brinda en los hogares (Center for the Child-care Workforce, 2002: 6). Muchas de las mujeres que cuidan a los niños en sus hogares provienen de minorías o son inmigrantes. Algunas de las inmigrantes, además, no tienen permiso de residencia, lo que las hace muy vulnerables a la explotación.

El cuidado de los niños dentro de los hogares por personas de afuera plantea una serie de delicados problemas relacionales. Las niñeras son contratadas para el cuidado de los niños, pero reciben su empleo, su paga y las condiciones de trabajo de los padres. De este modo, se ven obligadas a satisfacer dos conjuntos de obligaciones a menudo en conflicto: complacer al niño puede significar a veces ir en contra de los deseos de los padres. Si, por ejemplo, quien cuida al niño establece un fuerte vínculo con él, eso puede complicar la relación con los padres del niño. A veces lleva a una situación de competencia por el afecto y el respeto del niño entre sus padres y quien lo cuida. Además, aunque el trabajo de cuidado de los niños es fundamental para el bienestar de la familia, las niñeras están por lo general muy mal pagas y se encuentran indefensas.

En este contexto, las transacciones económicas de las niñeras con sus empleadores son a menudo delicadas y a veces conflictivas. No se trata sólo de establecer un salario por hora o por semana. Los desacuerdos suelen surgir por el alojamiento en el hogar, la comida que se ofrece, las exigencias en cuanto a la ropa, las responsabilidades adicionales como la limpieza y el cuidado de mascotas, la autoridad de la niñera con respecto a la conducta del niño y el tiempo libre. Estos temas van mucho más allá del salario y de los horarios, simbolizan el estatus social de la niñera dentro del hogar y las relaciones sociales entre ella y los miembros de la familia. Mary Romero nos explica cómo funciona esto en base a sus propias observaciones:

Antes de empezar a trabajar en una universidad en Texas, me quedé en la casa de un colega que empleaba a una persona de servicio doméstico con cama adentro. Hasta entonces, no había sido consciente de la costumbre de contratar mujeres adolescentes indocumentadas como ayuda doméstica con cama. Tampoco había tenido acceso al espacio social o privado de un empleador. Me impactó el modo en que mi colega y su familia trataban a esta empleada doméstica de

16 años que llamaré Juanita. Hacía poco que la habían contratado. Juanita se estaba adaptando a su nuevo entorno y su timidez se incrementaba ante el constante flirteo de mi colega. Observé muchos enfrentamientos que servían para recordarle a Juanita su lugar como sirvienta. Por ejemplo, una tarde entré en la cocina cuando uno de los jóvenes hijos de su empleador le señalaba los platos sucios en la mesa y en la piletta y le gritaba "¡Lava! ¡Limpia!". Juanita estaba petrificada, estaba enojada y se sentía humillada (Romero, 1996: 2; véase también Romero, 1992).

Como consecuencia de complicaciones de este tipo, las relaciones de cuidados de los niños dentro de los hogares a menudo terminan en situaciones amargas tanto para el empleador como para la empleada. Sin duda, el cuidado de los niños en el hogar incluye varios tipos de contratos diferentes, algunos, entre los más obvios, son el de la niñera que vive en la casa, la niñera-empleada doméstica que vive en la casa, la niñera que no vive en la casa, las *baby-sitters*, los familiares a quienes se les paga, o amigos o vecinos que cuidan a los niños de acuerdo con toda una gama de acuerdos económicos. En Los Ángeles, Pierrrette Hondagneu-Sotelo distingue tres clases de empleo doméstico entre las inmigrantes de origen latino: las niñeras-empleadas domésticas que viven en el hogar, las niñeras-empleadas domésticas que viven fuera del hogar y las empleadas domésticas que viven fuera del hogar y se dedican a tareas de limpieza únicamente. Su investigación de los dos primeros grupos se basa en entrevistas a trabajadoras latinoamericanas y a sus empleadores realizadas a mediados de la década de 1990, además de una encuesta a trabajadores inmigrantes. Sus conclusiones demuestran, en contra de lo que se podría suponer, que trabajar con cama les brinda menos beneficios económicos que vivir en otra parte e ir a cuidar al niño a su casa. Uno podría pensar que la acumulación de conocimientos y la presencia continua en el hogar aumentan la influencia de la niñera, pero de hecho sólo aumenta su vulnerabilidad a la explotación y a la degradación.

Las niñeras con cama adentro que estudia Hondagneu-Sotelo trabajaban un promedio de 64 horas por semana, y a menudo ganaban menos que el salario mínimo de 5 dólares por hora. Esos pagos, por lo general al contado, se complementaban con alojamiento y comida. Pero el alojamiento no siempre era privado; las niñeras con frecuencia dormían en el cuarto de los niños y, por lo tanto, éstos las despertaban durante la noche. La comida era una ventaja todavía más dudosa: las trabajadoras a menudo se quejaban amargamente de que sus empleadores no les proporcionaban una comida adecuada o les

negaban el acceso a las provisiones. Una niñera declaró que su *señora** no sólo protestó cuando ella tomó una bolsa con fruta, sino que además se la quiso hacer pagar (Hondagneu-Sotelo, 2001: 252, n.). Muchas mujeres terminaban usando dinero de su salario para comprarse comida —que en ocasiones terminaba comiendo la familia de su empleador—.

Es claro que las partes, en estos contratos de trabajo, ejercen un poder muy desigual. Los empleadores de niñeras con cama adentro, según Hondagneu-Sotelo, por lo general fijan sus salarios consultando a sus amigos. Candace Ross, por ejemplo, le dijo cómo estableció cuánto pagarle a su primera niñera con cama adentro: "Consulté [lo que sus vecinos estaban pagando] y, mmm, descubrí toda una variedad de tarifas, que iban desde 125 dólares por semana hasta unos 200 dólares, así que empezamos con 150 dólares, lo que se supone que era, en mi opinión, un muy buen trato" (Hondagneu-Sotelo, 2001: 82). De hecho, los padres que pagaban mucho confesaron que sentían la presión de sus vecinos que también tenían niñeras para que les pagaran menos (Hondagneu-Sotelo, 2001: 84). Al mismo tiempo que confiaban en sus propios vínculos para establecer la "tarifa normal", los empleadores trataban de impedir que sus niñeras-empleadas domésticas consultaran a sus pares que trabajaban en otros hogares. Hondagneu-Sotelo descubrió que algunos empleadores prohibían que sus niñeras llevaran a sus hijos al parque, por temor a que otras niñeras les dijeran que ganaban más o que gozaban de mejores condiciones de trabajo.

Muchas inmigrantes que empezaron como niñeras-empleadas domésticas con cama adentro, como es comprensible, se fueron a vivir por su cuenta apenas tuvieron la oportunidad de hacerlo. Vivir afuera no sólo les permitía tener un mayor control de su tiempo y de sus vidas privadas, sino también obtener mejores salarios. En algunos casos, los empleadores de niñeras que vivían afuera les pagaban viáticos. Ronald Saavedra, de 24 años, recibía 50 dólares extra por semana para sus gastos de nafta. Ronald "pasaba parte de la tarde haciendo mandados, como ir a la tintorería y llevar y traer a los niños [dos varones de 6 y 9 años] al colegio, a sus prácticas de fútbol, a sus clases de música y así muchas cosas más" (Hondagneu-Sotelo, 2001: 38). Para las niñeras que vivían fuera de las casas, dar de comer a los niños era una de las actividades centrales. A veces incluía darles a los niños gustos especiales, trayéndoles comidas caseras, como *flan* o *pan con crema*.** Sin embargo, no todas las tareas de las niñeras-empleadas domésticas eran tan agradables. Varias de

* En español en el original. [N. de la T.]

** En español en el original. [N. de la T.]

las entrevistadas por Hondagneu-Sotelo, por ejemplo, se quejaron de tener que cuidar a las mascotas de la casa, incluidos perros enfermos, iguanas, serpientes, lagartijas y varias clases de roedores.

Las desiguales negociaciones de los detalles en el trabajo de las niñeras lleva una y otra vez a lo que Hondagneu-Sotelo denomina "encontronazo": "una pelea a los gritos que termina con el empleo" (Hondagneu-Sotelo, 2001: 114). Como podría esperarse, sin embargo, algunas niñeras y sus empleadores tienen relaciones económicas más equilibradas. En sus entrevistas a padres de la clase media alta y a las niñeras de sus hijos en Los Ángeles y en Nueva York, Julia Wrigley se enteró de que algunos empleadores les brindaban una serie de servicios a sus empleadas. Éstos incluían préstamos de dinero, el pago de atención médica y odontológica, llevar a sus empleadas a sus propios médicos, ayudarlas a negociar con los dueños de sus casas y sus acreedores, y también, a veces, ayudarlas a sacar a algún pariente de la cárcel. Sin duda, a algunos empleadores les pesaba la carga económica adicional: "Estuvo con nosotros sólo cuatro meses, y en esos cuatro meses se las arregló para pedir prestados 600 dólares y se llevó a su casa un televisor color para sus hijos" (Wrigley, 1995: 90). Tanto Hondagneu-Sotelo como Wrigley, entonces, reflejan relaciones de cuidados llenas de tensiones y de negociaciones tanto de su contenido económico como de su significación social (véase también Rollins, 1985). La complejidad de sus relaciones aumenta porque —como lo confirman tanto las encuestadas por Wrigley como dos exitosas memorias semificticiales de ex niñeras de Manhattan— tanto las niñeras como los padres tienden a evitar planteos explícitos acerca de las condiciones económicas de sus contratos (Wrigley, 1995: 88; McLaughlin y Kraus, 2002: 3).

El consejo de los expertos a los padres que contratan niñeras confirman estas observaciones. En su guía "para pilotear las relaciones entre padres y niñeras", los psicoanalistas Joseph Cancelmo y Carol Bandini advierten acerca del particular carácter de la relación: "En un extremo del *continuum* está el punto de vista de que la niñera es una simple empleada. En el otro extremo, es considerada como un miembro de la familia. Algunos días [las personas] sienten las cosas de una manera y otros días, de otra, con ciertas variaciones de grado en el medio" (Cancelmo y Bandini, 1999: 83).

Basándose en sus entrevistas con padres profesionales de clase media y de clase media alta y con niñeras con cama que eran principalmente inmigrantes, Cancelmo y Bandini notan que incluso el léxico de los empleadores revelaba las variaciones en las relaciones: "¿Es ella una *baby-sitter*, alguien que está metido en la casa, una madre durante el día (como varias madres las defi-

nieron sucintamente), una niñera, una cuidadora, una amiga especial?" (Cancelmo y Bandini, 1999: 87). Las cuidadoras y los niños a su cargo también diferenciaban distinto tipo de relaciones. Sudha, quien había cuidado a Michael, de 5 años, desde que había nacido, dijo: "Esto me duele muy profundamente [apretando sus manos contra su pecho] [...] Al principio yo era sólo una *baby-sitter*. Poco a poco, me fui volviendo algo más que una *baby-sitter*. Yo vivía con la familia y me sentía cerca de Michael y del nuevo niño. Quiero tanto a estos niños" (Cancelmo y Bandini, 1999: 91 y 92). Michael a su vez llamaba a Sudha "tía" después de haber escuchado que sus sobrinos y sobrinas la llamaban así cuando iban a visitarla. Otro niño de 7 años, después de escuchar las explicaciones de sus padres, hizo su propia crítica de la palabra "cuidadora": "Para mí no tiene sentido. ¿A quién está cuidando ella, al fin y al cabo, a un 'dador'? Me gusta *baby-sitter*. Es como... la verdad es que ella me ha cuidado desde que soy un bebé... ella es mi *baby-sitter*, ¿se dan cuenta de lo que quiero decir?" (Cancelmo y Bandini, 1999: 93).

Cancelmo y Bandini encontraron que los sistemas de pago también reflejaban múltiples formas de relación. Junto con los salarios "oficiales", por ejemplo, encontraron salarios no oficiales:

Las cuidadoras recibían entradas para partidos de béisbol, ropa nueva o casi nueva, el pago de la cuota de socias de un museo y viajes especiales o salidas para comer afuera con la familia. Algunas familias les regaban computadoras viejas pero todavía en uso a sus propios hijos y a los hijos de sus cuidadoras. Los abogados atendían gratis a la cuidadora y a su familia, los médicos les conseguían consultas con especialistas, como lo hacían con los miembros de su propia familia [...] Muchos padres también les daban dinero, fondos para cosas que la cuidadora podía necesitar pero que nunca hubiera podido conseguir con su sueldo. Esto incluía pasajes de avión para visitar al padre o a la madre agonizantes en otro país o ayuda para pagar los costos de un funeral (Cancelmo y Bandini, 1999: 102).

Incluso el tener a la mano y supervisar pequeñas sumas de dinero para los gastos cotidianos servía para diferenciar las relaciones entre el empleador y la cuidadora:

Algunos [padres] [...] querían un exacto detalle de todos los gastos. Muchas niñeras y *au pairs* lo describían de este modo: "Como si fuera mi asignación o algo así". Otros padres eran más flexibles, dejando a mano un frasco bien

provisto con suficiente dinero para cualquier emergencia, sin reglas rígidas para detallar su uso [...] Pero en algunos casos [...] era como sofocante [...] Cuando había algún gasto en el hogar durante la estadía de la cuidadora, tenía que presentar las facturas para su reembolso, como en un negocio (Cancelmo y Bandini, 1999: 104).

Los niños también creaban sus propios indicadores monetarios. Como un niño de 8 años que le prometió a su cuidadora que había estado con él desde pequeño: "Voy a ser una estrella de béisbol para los Yankees. Voy a ganar mucho dinero y te voy a dar 1 millón de dólares" (Cancelmo y Bandini, 1999: 104).⁷ En resumen, las niñeras, sus empleadores y los niños negocian definiciones acerca de quiénes son, cómo se relacionan unos con otros, qué clase de transacciones económicas son apropiadas para su relación y qué medios deben utilizar esas transacciones. Negociaciones similares, pero con distintos resultados, tienen lugar en una cantidad de relaciones transversales: *baby-sitters*, cuidado pago y no pago de parientes, intercambio de cuidado de niños entre madres solteras e incluso la creación de servicios para el cuidado de niños en comunidades con sistemas comunitarios de moneda.⁸

⁷ Sobre la percepción de los niños acerca de la negociación de sus padres con quienes los cuidan, véase Arlie Russell Hochschild, "Eavesdropping Children, Adult Deals, and Cultures of Care", en Rosanna Hertz y Nancy L. Marshall (eds.), *Working Families*, Berkeley, University of California Press, 2001, pp. 340-353.

⁸ Véanse Ajay Chaudry, *Putting Children First*, Nueva York, Russell Sage Foundation, 2004; Miriam Formanek-Brunell, "Truculent and Tractable: The Gendering of Babysitting in Post-war America", en Sherrie A. Inness (ed.), *Delinquents and Debutantes: Twentieth-Century American Girls' Cultures*, Nueva York, New York University Press, 1998, pp. 61-82; Lina Guzmán, "Grandma and Grandpa Taking Care of the Kids: Patterns of Involvement", en *Child Trends Research Brief*, julio, publicación # 2004-17, Washington DC, Child Trends, 2004; Margaret K. Nelson, "Single Mothers and Social Support: The Commitment to, and Retreat from Reciprocity", en Naomi Gerstel, Dan Clawson y Robert Zussman (eds.), *Families at Work: Expanding the Boundaries*, Nashville, Vanderbilt University Press, 2002, pp. 225-250; Margaret Marie Neus, "The Insider's Guide to Babysitting: Anecdotes and Advice from Babysitters for Babysitters", Boston, MA project, Emerson College, 1990; Tony Sadvié y Tim Cohen-Mitchell, *Local Currents in Community Development*, Amherst, Center for International Education, University of Massachusetts at Amherst, 1997, p. 5; Lynet Uttal, "Using Kin for Childcare: Embedment in the Socioeconomic Networks of Extended Families", en Naomi Gerstel, Dan Clawson y Robert Zussman (eds.), *Families at Work: Expanding Boundaries*, Nashville, Vanderbilt University Press, 2002, pp. 162-180; Viviana A. Zelizer, "Circuits of Commerce", en Jeffrey C. Alexander, Gary T. Marx y Christine Williams (eds.), *Self, Social Structure, and Beliefs: Explorations in Sociology*, Berkeley, University of California Press, 2004, pp. 122-144. Para paralelos históricos, véanse David M. Katzman, *Seven Days a Week*, Nueva York, Oxford University Press, 1978; Sonya Michel, *Children's Interests/Mothers' Rights*, New Haven (CT), Yale University, 1999; Phyllis

Las niñeras inmigrantes establecen relaciones personales y económicas diferentes con los miembros de la familia o con la ayudante paga que cuida a sus propios hijos. En estos casos, las niñeras inmigrantes por lo general les dan dinero y regalos a quienes cuidan a sus hijos.⁹ Cuando las relaciones de cuidados atraviesan los límites del hogar, se hace más relevante y delicada la clase de definiciones recíprocas que entran en juego cuando hay una intersección de intimidad, cuidados y actividades económicas.

LOS CUIDADOS FUERA DEL HOGAR

Uno se imagina que los cuidados fuera del hogar son fríos, rápidos y eficientes, por lo tanto, una contradicción en sus mismos términos. Después de todo, los cuidados en ese escenario tienen un carácter formal y comercial. Las personas que los proveen son a menudo trabajadoras con ingresos muy bajos, que dependen de sus salarios como cuidadoras para su propia supervivencia. Estas características evocan imágenes de criaderos de niños y de guarderías que explotan a su personal. La evidencia disponible, sin embargo, desmiente este cuadro. Sin duda, los cuidados fuera de los hogares son distintos de los que observamos dentro de ellos. En general, la relación entre quien brinda el servicio y quien lo recibe está sujeta en mayor medida a los cambios en las circunstancias de vida de las partes; por ejemplo, las relaciones con los abuelos rara vez se rompen de un momento a otro, pero los padres a veces sacan a sus hijos de los jardines de infantes de una manera abrupta. De todos modos, la gente

Palmer, *Domesticity and Dirt*, Filadelfia, Temple University Press, 1989; Elizabeth Rose, *A Mother's Job: The History of Day Care, 1890-1960*, Nueva York, Oxford University Press, 1999. "Comunidades con sistemas comunitarios de moneda", como Ithaca, New York's Ithaca Hours, crean su propia moneda para el intercambio de bienes y servicios entre los residentes locales, véase, por ejemplo, Mary-Beth Raddoñ, *Community and Money: Caring, Gift, Giving, and Women in a Social Economy*, Montreal, Black Rose Books, 2002.

⁹ Véanse Arlie Russell Hochschild, "Love and Gold", en Barbara Ehrenreich y Arlie Russell Hochschild (eds.), *Global Woman*, Nueva York, Metropolitan Books, 2002, pp. 15-30; Pierrette Hondagneu-Sotelo y Ernestine Avila, "I'm Here but I'm There: The Meanings of Transnational Motherhood", en Naomi Gerstel, Dan Clawson y Robert Zussman (eds.), *Families at Work: Expanding the Boundaries*, Nashville, Vanderbilt University Press, 2002, pp. 139-161; Mary Romero, "Unraveling Privilege: Workers' Children and the Hidden Costs of Paid Childcare", en Katharine B. Silbaugh (ed.), "Symposium on the Structures of Care Work", en *Chicago-Kent Law Review*, 76, 1651, 2001; Rhacel Salazar Parreñas, *Servants of Globalization*, Stanford (CA), Stanford University Press, 2001, pp. 112 y 113; Julia Wrigley, *Other People's Children*, Nueva York, Basic Books, 1995, pp. 152 y 153, n. 15.

que brinda cuidados fuera de los hogares suele establecer vínculos personales en un marco de intimidad y calidez. Los lugares para brindar cuidados fuera del hogar van desde los consultorios de los psiquiatras hasta las guarderías, y cada una de las relaciones de cuidados establece sus propias combinaciones distintivas de medios, transacciones y relaciones. Basta considerar las diversas circunstancias de personas que cuidan niños en sus casas, las enfermeras, los médicos y las empleadas de hotel.

Las familias que brindan cuidados en sus casas convierten sus hogares en escenarios de trabajo, atendiendo a niños que no son sus parientes a cambio de una suma de dinero. Un análisis confiable de las personas que trabajaron en el cuidado de niños en Estados Unidos durante 2002 identificó un total de 2,3 millones de individuos, distribuidos de esta forma:

- 550.000 en lugares especiales para ese fin;
- 650.000 en sus propias casas;
- 804.000 parientes que reciben una suma de dinero a cambio;
- 298.000 personas que reciben una suma de dinero pero no son parientes, por ejemplo, niñeras.

Según esta estimación, en el año 2002, el 76% (1,75 millones) de las personas que brindaban cuidados pagos en Estados Unidos a niños de hasta 5 años de edad trabajaban en los hogares de los niños. Pero el 24% (550.000) hacía su trabajo en centros públicos o privados para niños, en los programas Head Start,* en programas de jardines maternos y en escenarios similares (Center for the Childcare Workforce, 2002: 6).

La comercialización del cuidado doméstico de los niños despierta las preocupaciones características de los mundos hostiles: ¿el hecho de que sean remunerados baja la categoría de los cuidados? ¿El hecho de que su casa sea su lugar de trabajo disminuye la eficiencia de la cuidadora? Quienes brindan cuidados remunerados a niños en su propio hogar enfrentan tres conjuntos de exigencias que se entrecruzan y a veces entran en conflicto: primero, en relación con el niño; segundo, en relación con los padres; y tercero, en relación con su compromiso de generar ingresos para sus propias familias. Las entrevistas

* Head Start es un programa federal para niños en edad preescolar que pertenecen a familias de bajos recursos. El programa está a cargo de organizaciones locales sin fines de lucro en casi todos los condados de Estados Unidos. Los niños que asisten a Head Start participan en una variedad de actividades educacionales. Reciben también atención médica y dental gratuita, comida y esparcimiento. [N. de la T.]

de Mary Tuominen a dieciocho mujeres que cuidaban niños en sus casas, mujeres de distintas razas y etnias, nos muestran cómo manejan este tipo de demandas múltiples. No lo hacen volviéndose insensibles, ni tampoco negando que están implicadas en una empresa comercial. En cambio, Tuominen nos hace ver cómo negocian distintos conjuntos de relaciones, transacciones y medios quienes brindan cuidados en su hogar, sin excluir un fuerte sentimiento de afecto hacia los niños.

Muchas veces las mujeres le hablaron a Tuominen acerca de relaciones de mucho apego y cariño hacia los niños que cuidaban a cambio de una suma de dinero. Su vínculo con los padres era más ambivalente. Por una parte, las niñeras se quejaban de que los padres las explotaban, que llegaban tarde a recoger a sus hijos y nunca les pagaban un poco más por las horas extras de trabajo. Por otra parte, a menudo cambiaban sus tarifas según la situación económica de los padres. Por ejemplo, Anne Burns, que subsistía por debajo del nivel de pobreza, explicaba por qué, en el caso de un niño, había reducido a la mitad su tarifa mensual, de 300 dólares a 150 dólares, sin disminuir las horas de cuidados: "Su mamá está tratando de mudarse. Y está tratando de vender todos sus muebles y de pagar todas las facturas antes de irse, así que...". Annie McManus hacía consideraciones similares en el momento de fijar sus tarifas: "Se negocia [...] Es variable. En especial con las dos mamás solteras -depende de cómo les vaya económicamente-" (Tuominen, 2000: 122).

Coincidiendo con las conclusiones de Deborah Stone en relación con los servicios de atención en los hogares, estas mujeres también manifestaron que solían ir más allá de los acuerdos estrictos, por ejemplo, yendo a buscar al niño a su casa cuando su mamá no podía llevarlo, aunque esto significara una molestia para la cuidadora. La investigación de Tuominen confirma plenamente el estudio de Margaret Nelson sobre mujeres que brindan cuidados en sus hogares en Vermont. El informe de Nelson acerca de 345 mujeres, además de sus 70 entrevistas, muestra a las encuestadas llevando adelante su negocio con total seriedad: establecen tarifas por hora o por semana, negocian aumentos con sus clientes, especifican los servicios que van a brindar (por ejemplo, qué clase de comida le van a dar a los niños) y ofrecen descuentos si hay un segundo hijo en la familia o cuando agregan el cuidado del pariente de un niño.

A pesar de todos estos acuerdos comerciales, Nelson descubrió que las mujeres se preocupaban por la combinación de un pago y de un cuidado afectuoso. Como lo planteó una mujer: "Es tan difícil, porque están tratando con su hijo. Quiero decir que se supone que sientes un amor incondicional por su hijo. Ésa es la parte más difícil, estás recibiendo dinero por esa clase de amor.

¿Cómo le puedes poner un precio a eso?" (Nelson, 1990: 61). Ponerle un precio a su trabajo, sin embargo, no era la fuente principal de problemas para las cuidadoras. En cambio, a las mujeres les molestaba en especial la falta de consideración o de respeto de los padres hacia sus esfuerzos mal retribuidos. Una encuestada se quejaba de una madre que "controlaba hasta el último centavo que me pagaba, sabe, y no me pagaba ni un centavo de más, y eso me lastimaba porque aquí yo estoy dando mucho. ¿Cómo puede ser tan mezquina conmigo?" (Nelson, 1990: 61). De una manera generalizada, Nelson escuchó protestas contra los padres cuando ellos "se olvidan de pagar a tiempo, [...] discuten por unos centavos, [...] hacen un escándalo por un pequeño aumento en las tarifas, [...] y suponen que el tiempo extra es gratis" (Nelson, 1990: 55). Los padres que recogían con retraso a sus hijos a menudo ocasionaban problemas. En cualquier clase de relación social, quien hace esperar a otra persona marca una desigualdad en la relación que es origen de negociaciones y resentimiento. Los padres que llegan tarde para llevar de regreso a sus hijos a sus casas, sin pagar extra, ocasionan un triple daño, por demostrar una falta de respeto hacia la cuidadora, al no permitirle a ésta realizar otras tareas y haciéndole perder dinero.

Por lo tanto, las mujeres que brindaban cuidados en sus hogares apreciaban cualquier demostración de los padres que significara un reconocimiento de su trabajo, incluidos los regalos personales. Una cuidadora explicaba: "La mamá [de Jennifer] es buena conmigo [...] Al cumplirse un año de traerla aquí me regaló un hermoso ramo de flores [...] y con una tarjeta realmente linda. 'Gracias por todo el amor y la atención que me has brindado. A mi segunda mami'. [...] Es muy importante para mí sentir que [los padres] me aprecian". (Nelson, 1990: 64). De todos modos, los agradecimientos por sí solos no mantenían el negocio a flote. Las mujeres que cuidaban niños en sus hogares tenían que manejar sus finanzas, cobrando lo suficiente como para poder mantener sus propios hogares. Por esta razón se veían continuamente obligadas a equilibrar exigencias en conflicto (véase también Enarson, 1990).

LOS CUIDADOS DE LAS ENFERMERAS

Las enfermeras que trabajan en los hospitales, a pesar de que realizan una tarea muy distinta a la mayoría de las personas que brindan cuidados, suelen experimentar muchas veces el mismo tipo de tensiones. Las enfermeras se diferencian de la mayoría de las personas que brindan cuidados porque tienen

una profesión: con el respaldo del gobierno, las enfermeras pueden tener al menos un mediano control colectivo sobre las condiciones de contratación, entrenamiento, títulos, derechos, obligaciones y remuneración en el área de su competencia. Como los demás profesionales de la salud —farmacéuticos, psicólogos y médicos—, custodian en conjunto los límites de su especialidad y los diferencian de otros campos.¹⁰

Las enfermeras se dividen en una variedad de rangos y de especialidades: administrativas, practicantes, asistentes de salud en el hogar, estudiantes, miembros de equipos de cirugía y muchas otras. La mayoría de las enfermeras profesionales se preparan para su trabajo con una exigente carrera universitaria. Comparadas con otros trabajadores de la salud (incluidos los médicos, por supuesto), las enfermeras profesionales reciben buenos sueldos. De hecho, en la actualidad, por la gran demanda de sus servicios, a menudo reciben bonificaciones. Los servicios de cuidados técnicos y afectivos que brindan las enfermeras son múltiples: hacen el inventario de remedios y se ocupan de su administración, controlan equipos que mantienen con vida a los enfermos, vigilan los signos vitales, brindan cuidados corporales, responden preguntas de los pacientes y de sus familias, aconsejan y brindan apoyo psicológico y administran las salas de los hospitales día a día —y noche a noche—. Como descubrió Daniel Chambliss en su exhaustiva investigación en instituciones médicas, esa cantidad y variedad de tareas requiere una organización eficiente:

Una enfermera en un hospital reparte cientos de pastillas al día a docenas de pacientes, coloca y controla sondas intravenosas, baña enfermos, anota en una planilla casi todo lo que hace, controla la temperatura, la presión y la orina, entrega bandejas con comida y responde a miles de preguntas que le hacen los pacientes y las familias [...] Ya es todo un logro que transcurra un turno de ocho horas sin equivocarse y darle a la señora Jones las pastillas de la señora Smith, sin olvidarse de controlar la sonda intravenosa del señor Martin y sin

¹⁰ Andrew Abbott, *The System of Professions*, Chicago, University of Chicago Press, 1988; Francesca Cancian, "Paid Emotional Care", en Madonna Harrington Meyer (ed.), *Care Work: Gender Labor and the Welfare State*, Nueva York, Routledge, 2000, pp. 146-148; Evelyn Nakano Glenn, "From Servitude to Service Work: Historical Continuities in the Racial Division of Paid Reproductive Labor", en *Signs*, 18, 1992, pp. 1-43; Susan M. Reverby, *Ordered to Care: The Dilemma of American Nursing, 1840-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987; Rosemary Stevens, *In Sickness and in Wealth: American Hospitals in the Twentieth Century*, Nueva York, Basic Books, 1989; Dana Beth Weinberg, *Code Green*, Ithaca (NY), Cornell University Press, 2003.

dejar de ayudar a la señorita García con su almuerzo. Y éstas son las tareas cotidianas, dejando de lado las emergencias (Chambliss, 1996: 34 y 35).

A diferencia de los médicos, la mayor parte de las enfermeras pasan mucho tiempo brindando cuidados corporales y afectivos. En este sentido, se parecen a tantas otras cuidadoras, por ejemplo, las que ya encontramos dentro de los hogares. Como advierte Chambliss: "El contacto próximo con el paciente, con los cinco sentidos, es lo característico de la enfermería [...] Las enfermeras están constantemente hablando con sus pacientes, escuchándolos, tocándolos, de una manera íntima; el trabajo sucio por antonomasia de la enfermería es 'limpiar los traseros'" (Chambliss, 1996: 64). Los médicos también, por supuesto, como señala Chambliss "realizan operaciones de envergadura (como colocar tubos en el pecho de los enfermos para broncoscopías), pero casi todo lo que se le dice y se le hace físicamente a los pacientes es dicho y hecho por las enfermeras" (Chambliss, 1996: 64).

Como en otras clases de cuidados pagos, las enfermeras a menudo se encuentran tironeadas por tres factores: por sus responsabilidades profesionales, por sus intereses personales y por su preocupación por el bienestar de sus pacientes. Karen Mitchell, una enfermera de 40 años que trabaja en el Mercy Hospital en las afueras de Minneapolis, se especializa en atender pacientes en terapia intermedia. Según un periodista del *New York Times*, para Mitchell,

las preocupaciones vinculadas con el hecho de ganar dinero y las preocupaciones por curar a alguien nunca han sido buenas compañeras [...] Ésa es la razón por la cual Mitchell a veces tiene que sacrificar una en pos de la otra. Es su pequeño gesto de rebeldía, su voto silencioso por el futuro. A veces, cuando Mitchell se encuentra con un paciente como el señor Beaudry, un hombre fuerte en un momento de gran vulnerabilidad, toma el teléfono del hospital de su cinturón, le saca la batería, cierra la puerta, y se sienta al lado de su paciente, sólo para estar cerca de él (Corbett, 2003).

Las enfermeras se encuentran en una situación conflictiva. Por un lado, su atención cotidiana mantiene a personas con vida y su trabajo cumple con la mayor parte de los cuidados médicos. Por otro lado, carecen de la autoridad del médico para recetar remedios, hacer cambios significativos en los tratamientos, pedir análisis, trasladar pacientes y hacer diagnósticos, pero, de todos modos, a menudo se los culpa cuando las cosas no funcionan bien. Desde la perspectiva de los médicos que los supervisan, las enfermeras tienen éxito

cuando realizan bien sus tareas técnicas, hacen cumplir el tratamiento, mantienen sus informes adecuadamente, responden con eficiencia ante las emergencias con riesgo de vida y evitan que los pacientes se quejen. Pero para cumplir con esos objetivos, las enfermeras tienen que establecer un vínculo muy estrecho con su trabajo. No sólo proveen atención íntima corporal y afectiva, sino que también tienen que desplegar con pericia otras prácticas de la intimidad personal, como hacer bromas, convencer, consolar y escuchar con simpatía. Además cargan con muchas más responsabilidades en relación con sus pacientes que los asistentes de salud en el hogar, los auxiliares, quienes sirven la comida y quienes limpian, personas que también establecen a veces relaciones personales con los pacientes. Es un trabajo agotador, como siempre lo ponen de manifiesto las conversaciones en la sala de enfermería.

LOS CUIDADOS DE LOS MÉDICOS

Los pacientes de inmediato diferencian el tipo de cuidados que los vinculan a las enfermeras y a los médicos. Las enfermeras en los servicios de salud en Estados Unidos ya no usan los blancos uniformes almidonados, las cofias y las insignias que las caracterizaban. Pero por lo general se presentan por su nombre de pila y no por su apellido, y usan ropa de fajina inconfundible. Los médicos, por el contrario, usan delantales blancos y los típicos conjuntos de algodón, llevan estetoscopios y se hacen llamar "doctor". Es cierto que las enfermeras de más alta jerarquía a veces borran esa línea usando delantales blancos y llevando estetoscopios. La forma de vestirse y la actitud señalan las diferencias de lo que los pacientes pueden llegar a esperar de las enfermeras y de los médicos.

Danielle Ofri nos ofrece vívidos relatos de su experiencia desde que era estudiante de medicina hasta que llegó a formar parte del equipo médico del Bellevue Hospital de Nueva York. En ellos refiere que los médicos jóvenes comparten muchas de las responsabilidades de las enfermeras: controlar los signos vitales, sacar sangre, calmar a pacientes nerviosos y otras cosas más. Una diferencia, sin embargo, es justamente la responsabilidad pública del médico en relación con decisiones que tienen que ver con el diagnóstico, el tratamiento, la medicación, los estudios y el manejo del paciente. "Contrariamente al estereotipo", comenta Ofri,

los médicos no carecen de sentimientos. Los estudiantes de medicina se sienten muy incómodos cuando le tienen que pedir a su paciente que se desnude

para el análisis clínico. La médica interna transpira y maldice porque la sonda IV no entra al séptimo intento y ella hace tres días que no ve la luz del sol. El médico residente está enojado porque un cocainómano que se niega a hacerse una tomografía computada lo va a obligar a quedarse después de horario, y una vez más va a llegar tarde para acostar a sus hijos. El médico de turno está nervioso en su ronda porque no está muy al tanto de las enfermedades de sus pacientes y los residentes podrían darse cuenta de su ignorancia (Ofri, 2003: 238).

En cierto sentido, los médicos cargan con el estrés de combinar cuidados con responsabilidades acerca de los resultados. Ofri señala que esta combinación puede crear un vínculo sorprendentemente estrecho entre el médico y su paciente:

Se crea un vínculo único, me di cuenta, después de que acompañas a alguien que atraviesa una experiencia en la que está en juego la vida. Sólo por estar cerca de él y tocarlo durante un episodio en el que rozó la muerte, sentí que se establecía una intimidad singular. El señor Wiszhinky no podía perderse de vista en la multitud de ancianos en el hospital, y yo no podía convertirme en un estudiante de medicina más en el equipo. No después de haber estado juntos tan cerca de la muerte (Ofri, 2003: 11).

La responsabilidad vida-muerte es un gran peso para los médicos, tanto cuando están aprendiendo como más adelante.

Además de tener vidas bajo su responsabilidad, los médicos también deben hacerse cargo de cuestiones de organización y de temas financieros complejos y cambiantes. En la jerarquía de los profesionales de la salud, los médicos han tenido siempre el rango más alto. En comparación con las enfermeras y otros profesionales, por lo general han gozado de un mayor prestigio, mejor remuneración y mayor influencia sobre el trabajo de las demás cuidadoras. Sin embargo, comparten los problemas de otras cuidadoras asalariadas que trabajan fuera de sus casas en dos aspectos fundamentales. En primer lugar, los cambios masivos en la financiación y la regulación de los cuidados pagos en Estados Unidos han cambiado mucho las relaciones entre médicos, pacientes y terceras partes. En segundo lugar, como otros profesionales del cuidado de la salud, los médicos se ven comprometidos en delicadas negociaciones para combinar los servicios vitales que brindan, la remuneración por esos servicios y el significado de la relación médico-paciente: claramente in-

tima en algunos aspectos, pero con netos límites técnicos, morales, éticos y económicos. Establecer distinciones entre una atención estrictamente comercial y su interés personal por sus pacientes crea muchos problemas para los médicos. Como otras cuidadoras, los médicos enfrentan un dilema. Se consideran profesionales que trabajan más allá de los límites de consideraciones puramente comerciales, y a pesar de todo, obtienen sus ingresos del tratamiento de los enfermos.

Sin embargo, la forma exacta en que opera este dilema cambia, en la medida en que cambia también la organización de los servicios de salud. El estudio histórico de David Rothman sobre las remuneraciones a los médicos en el siglo xx revela grandes cambios en la relación entre servicios médicos y estipendios (Rothman, 2002; véanse también Starr, 1982; Tomes, 2003; Walsh, 1977). Hasta hace poco, los médicos estadounidenses establecían sus propios honorarios, que a menudo se adaptaban a las posibilidades de pago de sus pacientes. Ese criterio tenía un costo, porque los médicos les cobraban directamente a sus pacientes, que a menudo se sentían con derecho a demorar sus pagos (lo que los médicos denominaban "pago lento") o no pagaban en absoluto. De hecho, en la década de 1920 y en la de 1930, los médicos (y sus esposas) que se veían forzados a mantener apariencias respetables, a pagar por sus consultorios y hacer frente a otros gastos, a menudo protestaban contra este doble mensaje de la gente que esperaba que estuvieran más allá de los intereses materiales, y al mismo tiempo les exigía que pagaran sus cuentas puntualmente.

Como informa Rothman: "Los médicos tenían que pagarle al panadero, al carnicero y al fabricante de velas en el acto, pero ellos, a su vez, tenían que aceptar el 'pago lento'". Cita la queja de la esposa de un médico que apareció en el año 1932 en un artículo de la *Harper's Magazine*: "Tuve que posponer el pago al almacenero. Lo que pensé y no dije es que si unos cuantos de los pacientes de mi marido que le deben considerables cifras desde hace tiempo le pagaran, nosotros también pagaríamos nuestras deudas con alegría" (Rothman, 2002: 113). Sin embargo, si los médicos se quejaban demasiado por los honorarios impagos, se los acusaba de codicia y de avaricia. De hecho, durante esta misma época, algunos médicos complementaban sus suficientes pero no espectaculares ingresos de clase media con estrategias un tanto dudosas, como cobrar comisiones a especialistas, venderles drogas o anteojos a sus pacientes o ser dueños de las clínicas donde internaban a sus pacientes. De todos modos, la profesión en su totalidad no daba la imagen de un conjunto de codiciosos que pretendían enriquecerse. Más bien quedaba retratada en el cordial, paciente y atento médico de familia que ilustraba las tapas de las revistas de la época.

Después de 1966, la reorganización comercial de los servicios de salud aumentó los ingresos de los médicos estadounidenses de una manera espectacular, mientras que, al mismo tiempo, transformaba la relación médico-paciente. Hubo tres cuestiones clave en este cambio: Medicare, nuevas formas de facturación y los beneficios otorgados por las compañías farmacéuticas. En relación con Medicare, los honorarios de los médicos no los fijaba el gobierno sino los profesionales, con la idea de establecer una tarifa promedio razonable. Como señala Rothman, la medida fue "dar rienda suelta, una abierta invitación a los médicos a facturar lo más alto posible (por ejemplo, considerando a los médicos mejor remunerados en la comunidad como término medio)" (Rothman, 2002: 115).

El ingreso de los médicos también aumentó con el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas a raíz de las cuales los médicos facturaban por el tipo de tratamiento y no por el tiempo empleado. Rothman explica:

Si los psiquiatras, los pediatras o los internos tenían que establecer sus honorarios con un ojo en el reloj –por ejemplo, tanto por 50 minutos–, los cirujanos (o los dermatólogos o los gastroenterólogos) podían ignorar el reloj y cobrar por un trabajo: un trasplante (15.000 dólares por 50 minutos) o sacar una verruga (300 dólares por un minuto) o una colonoscopia (500 dólares por 10 minutos) (Rothman, 2002: 116).

Por último, aunque de una manera menos significativa, los laboratorios empezaron a brindarles a los médicos beneficios en especies, como cenas, viajes gratis, vacaciones y a veces honorarios por conferencias.

Desde la década de 1980 hasta la década de 1990, hubo un incremento del control por parte de organizaciones como la Health Maintenance Organization (HMO),* las compañías de seguros y las empresas de administración de los hospitales, que también siguieron transformando la relación médico-paciente. Los médicos se encontraban con pacientes que tenían que negociar sobre la base precio-servicio, un cambio sin precedentes en la medicina de Estados Unidos. Rothman refiere las quejas de los médicos porque sus pacientes "los abandonan tan pronto como sus compañías cambian de planes, negándose a pagar una tarifa completa cuando pueden pagar un coseguro de 10 dólares" (Rothman, 2002: 119). Más importante aún para nuestro tema es que el cambio

* La HMO es una organización de medicina prepaga en Estados Unidos. [N. de la T.]

en los aspectos comerciales afecta, en la actualidad, la calidad y el alcance de los tratamientos:

La HMO hizo algo más: socavó la confianza entre el médico y el paciente. A los consumidores, alertados por todos estos cambios y entendiendo las reglas generales de los sistemas de salud (aunque desconocieran los detalles de los contratos con los médicos que estaban sentados frente a ellos), les preocupaba, y con razón, si el médico estaba negándoles un tratamiento o una consulta con un especialista porque su interés por su propio ingreso lo hacía dejar de lado el bienestar de su paciente (Rothman, 2002: 118).

Por su parte, los médicos también intentaron eludir los límites que les imponía el control burocrático de los servicios de salud. (Otra forma de evitar la HMO y los seguros, pero no la burocracia, era convertirse en un médico a tiempo completo en una empresa, atendiendo únicamente a sus empleados; véase Draper, 2003.) De una manera notoria, a fines de la década de 1990, los médicos en el noroeste de Estados Unidos empezaron a organizar servicios para gente pudiente; esas prácticas pronto fueron etiquetadas como medicina "boutique", "concierge" o "prepagó". Los pacientes pagan una cuantiosa cuota de ingreso (que va de 1.500 dólares por persona hasta 20.000 dólares por una familia) a cambio de la garantía de un acceso rápido a sus médicos, mayor número de consultas y una atención personalizada. El sistema les ofrece a los médicos la oportunidad de retirarse de las obras sociales, de las tarifas fijadas por el gobierno y de todo el papelerío que se les exige, y logran acceder a una clientela de privilegio.

La crítica obvia es que la medicina boutique pone en crisis un principio fundamental: proporcionar la misma calidad de servicios médicos a todos los pacientes al margen de sus ingresos o de su nivel social. Aunque el Council on Medical and Judicial Affairs de la American Medical Association respondió que esta nueva clase de contrato médico-paciente, de hecho, ayuda a los pacientes a "volver a confiar en los médicos", queda claro que este nuevo cambio separa a los pacientes acaudalados de los demás receptores de los cuidados de salud (citado en Medical Rants, 2003).

Una tendencia vinculada a lo que acabamos de referir produjo los hospitales "boutique", lugares suntuosos por los que los pacientes pueden optar, en vez de los hospitales comunes, para recibir un cuidado personalizado en medio de grandes lujos. En estos hospitales con fines de lucro, que por lo general se especializan en tratamientos caros, como los relacionados con problemas cardíacos, los pacientes pueden disfrutar de comidas *gourmet*, espaciosas *suites*

y masajes diarios. En el California Heart Hospital de Rancho Mirage, por ejemplo, "un chef visita a los pacientes uno por uno para conocer sus gustos gastronómicos. La administración trata de crear un clima de hotel de lujo con [las suites de los huéspedes] pintadas de color verde azulado y fucsia" (Stringer, 2001: 3 y 4; véase también Japenga, 2000).

Los hospitales y las prácticas médicas boutique iluminan un esquema significativo: las tareas de cuidados por lo general aumentan de valor cuando quienes los brindan adaptan sus servicios a la identidad y a las circunstancias de quienes los reciben, cuando reconocen al destinatario como un individuo específico, toman en cuenta a las demás personas en su vida y organizan el tratamiento según sus temores y sus gustos. Eso es cierto tanto para el valor de uso (la medida en que el servicio realmente incide en el bienestar del destinatario) como para el valor comercial (el precio impuesto por el servicio en el mercado). En su conjunto, los cuidados aumentan de valor con la personalización.

Para ver este punto con mayor claridad, podemos hacer una analogía entre el mundo de los cuidados de la salud y el mundo de los hoteles de lujo. Cualquiera que se haya sonreído al verse reconocido por el jefe de cocina entenderá por qué los hoteles de lujo hacen grandes esfuerzos por personalizar sus servicios y dan señales de reconocer a sus clientes como individuos específicos. En su estudio de los hoteles de lujo, Rachel Sherman muestra que "las tareas de atención son uno de los rasgos fundamentales en los servicios de hotelería" (Sherman, 2002: 2). En este caso, los cuidados que brinda el personal del hotel consisten en una atención personalizada. Sherman ofrece tres ejemplos notables de personalización:

- La camarera que se dio cuenta de que el huésped comió una galleta de maní que le dejaron a la noche, pero no tocó la de chispas de chocolate, a la noche siguiente le deja dos galletas de maní.
- Se sabe que una camarera revisa la basura de los huéspedes para saber qué clase de dulces comen y qué revistas leen, para poder anotar sus preferencias en la ficha del huésped.
- Los empleados no sólo recuerdan el nombre [de la viajera] y el de su esposo, sino también el nombre de sus dos perros (Sherman, 2002: 5 y 6).

Sherman ilustra la versión de lujo de un fenómeno muy extendido. Como lo demuestra con claridad nuestro estudio del cuidado de los niños, sin embargo, la personalización de la intimidad también existe cuando las remuneraciones son bajas. Seguramente muchos críticos han pensado que la comercialización

de los cuidados elimina la atención individual, la flexibilidad, la intimidad misma de las relaciones de cuidados. Además, los códigos éticos que rigen las relaciones entre médicos y pacientes, psicoterapeutas, sacerdotes, abogados, niñeras, entrenadores personales, asistentes de celebridades y otros que brindan cuidados profesionales personalizados se esfuerzan por proteger el suministro de un cuidado efectivo y personalizado de los peligros de una excesiva intimidad.¹¹ Sin embargo, nuestra investigación muestra que, incluso en escenarios muy comercializados, la síntesis característica de medios localizados, transacciones particularizadas y relaciones significativas continúa prosperando.

CUANDO LOS CUIDADOS LLEGAN A LOS TRIBUNALES

A veces, sin embargo, el suministro de cuidados (o su fracaso) es objeto de controversias legales. Cuando servicios vitales, fuertes lazos personales, derechos, obligaciones y cuestiones económicas entran en juego, a veces se suscitan enconadas discusiones en relación con quién le debe qué a quién. Tales litigios suelen ir a parar a los tribunales. Si la salud personal es el eje de la relación en disputa, los conflictos legales pueden volverse complicados y agresivos. Incluyen cuestiones tan esotéricas como el mal uso de información confidencial por parte de asistentes o entrenadores personales, malversaciones o chantaje por parte de secretarios privados o mala praxis médica. Sin embargo, también surgen litigios vinculados a la misma clase de relaciones cotidianas que hemos analizado: por remuneraciones para el personal asalariado o no asalariado o por cuidados médicos; por gastos para el cuidado de niños como gastos

¹¹ Véanse American Bar Association, *Model Code of Professional Responsibility*. Disponible en línea: <<http://www.manupatra.com/downloads/code%20of%20professional%20conduct/ethics.pdf>>. Consultado el 9 de agosto de 2003; American Psychological Association, "Ethical Principles of Psychology and Code of Conduct". Disponible en línea: <<http://www.apa.org/ethics/>>. Consultado el 9 de agosto de 2003; Missouri Synod, *The Pastor-Penitent Relationship: Privileged Communications*, St. Louis, The Lutheran Church-Missouri Synod, 1999; NALS of Missouri, Missouri Association of Legal Secretaries, 2003. Disponible en línea: <<http://www.show-me-isa.org/membership.htm>>. Consultado el 9 de agosto de 2003; National Register of Personal Trainers, "Code of Ethics", 2003. Disponible en línea: <<http://www.nrpt.co.uk/find/nrpt/code-of-ethics.htm>>. Consultado el 9 de agosto de 2003; New York Celebrity Assistants, 2003. Disponible en línea: <<http://www.nycelebrityassistants.org/joinnyca.htm>>. Consultado el 9 de agosto de 2003; William H. Reid, *A Clinician's Guide to Legal Issues in Psychotherapy, or Proceed with Caution*, Phoenix, Zeig, Tucker and Co., 1999; Seattle Nanny Network, "Privacy Policy", 2003. Disponible en línea: <<http://www.seattlenanny.com/docs/privacy.html>>. Consultado el 9 de agosto de 2003.

comerciales deducibles de impuestos; por cuotas alimentarias y muchas cuestiones más. Los conflictos se vuelven más violentos porque la división del trabajo en relación con los cuidados suele estar asociada a cuestiones de edad, género, raza, etnia y clase. Los resultados de estas disputas tienen serias consecuencias económicas y personales para los individuos implicados en ellas.

De la amplia gama de disputas relevantes, seleccionemos unas pocas que sirvan de ejemplo para ilustrar los conflictos legales que surgen de la mezcla de transacciones económicas y cuidados personales íntimos: litigios vinculados con salarios no pagados a personal doméstico, la cuestión de si los cuidados de salud son imponibles o no, reclamos de herencia relacionados con cuidados, compensaciones legítimas por cuidados en el hogar y compensaciones por pérdida de cuidados a causa de accidentes.

Cuando las relaciones entre cuidadoras con cama no asalariadas o mal pagas y su empleador se estropean, por ejemplo, las que fueron hasta ese momento discusiones privadas dentro de los hogares a veces se transforman en agrias disputas en las audiencias públicas. Un caso de 1980, del District of Columbia U. S. District Court, el de Gabina Camacho López, ilustra bien esta situación (*López vs. Rodríguez*; 500 F. Supp. 79 [D. D. C. 1980]). Hija de una familia de indígenas bolivianos y nacida alrededor de 1957, Gabina López fue al colegio durante cinco años pero a los 12 años ya estaba trabajando a tiempo completo como sirvienta. En enero de 1976, empezó a trabajar con Felipe y Esther Rodríguez en Cochabamba, Bolivia. En la casa de los Rodríguez, Gabina no sólo realizaba tareas domésticas, sino que también cuidaba a los tres nietos de los Rodríguez, quienes vivían en Cochabamba mientras sus padres, Manuel y Mirtha, el hijo y la nuera de los Rodríguez, trabajaban en Washington DC.

Más adelante ese mismo año, Mirtha Rodríguez volvió a Bolivia de visita. Después de consultar a Gabina y a sus parientes, contrató a la muchacha de 19 años como doméstica y niñera, para que ella y su marido pudieran llevarse a sus tres hijos a vivir con ellos. En este proceso, Gabina, que era una inmigrante ilegal en Estados Unidos, quedó prisionera de los manejos de los Rodríguez y de su escaso conocimiento del idioma inglés. Durante casi tres años, Gabina cocinó, limpió y cuidó a los niños de los Rodríguez: "Trabajaba siete (7) días por semana, de diez (10) a doce (12) horas por día, sin vacaciones o tiempo libre excepto algunos paseos ocasionales para hacer compras o visitas sociales con alguno de los Rodríguez o con ambos y por lo general con sus hijos" (81).

Durante esos años, Gabina nunca salió sola de la casa de los Rodríguez. Como compensación, los Rodríguez le daban casa y comida, "ropas varias y artículos de tocador, gastos médicos y una suma mínima para gastos persona-

les" (81). Le dijeron a Gabina que le estaban depositando su sueldo en el banco. En 1979, después de que los Rodríguez le negaron a Gabina la entrega de su dinero, mientras que también evitaban que se hiciera amigos o fuera a la iglesia, Gabina los demandó invocando la Fair Labor Standards Act* para reclamar sus salarios impagos.

Obviamente, el caso López hizo que surgiera una serie de interrogantes sobre cuestiones de justicia y de explotación. Pero el juicio se centró en si Gabina podía considerarse una empleada según la Fair Labor Standards Act. Los Rodríguez negaron que ella fuera su empleada, pero los abogados de López insistieron en que era una empleada impaga y explotada. De hecho, señalaron que los Rodríguez habían pedido un crédito para el cuidado de sus hijos de 900 dólares en su declaración de impuestos de 1976 por los servicios domésticos de Gabina. Los abogados de Gabina afirmaron que la pareja no sólo había violado la ley al pagarle por debajo del salario mínimo, sino que también la habían hecho trabajar horas extras de una manera ilegal y que habían retenido el grueso de sus salarios.

Los tribunales tenían que determinar si la relación de Gabina López con los Rodríguez consistía en un contrato de empleo normal y estaba, por lo tanto, sujeta a las leyes que los rigen. A pesar de rechazar los reclamos por el pago de horas extras, el Tribunal del Distrito falló categóricamente a favor de López. Los Rodríguez, dictaminó el tribunal, "no demostraron buena fe para adecuarse a las exigencias de la Fair Labor Standards Act. Explotaron en beneficio propio a una joven y escasamente educada extranjera que estaba por completo a su merced" (81). Los diferentes tribunales implicados en el caso le otorgaron a Gabina un salario mínimo de 28.000 dólares y una cifra igual por daños, además de las costas procesales, menos la cantidad de dinero que los Rodríguez habían gastado en brindarle casa y comida. Hondagneu-Sotelo (2001: 237) describe el acuerdo como "la adjudicación quizás más elevada de los tribunales a una empleada doméstica con cama en Estados Unidos".

Como ya hemos visto, las jóvenes mujeres latinoamericanas a menudo entran ilegalmente en Estados Unidos para trabajar como niñeras, empleadas domésticas, cocineras o mucamas de familias prósperas. Algunas veces llegaron a los titulares de los periódicos, como en el año 2001, cuando el presidente George W. Bush rechazó el nombramiento de Linda Chávez como ministra de

* La Fair Labor Standards Act es una ley federal de 1938 que establece en Estados Unidos un salario mínimo, pago de horas extras y otras condiciones para los trabajadores de comercio. [N. de la T.]

Trabajo por el escándalo público que representaba que Chávez alojara en su casa a Marta Mercado, una inmigrante ilegal guatemalteca como "huésped". Sólo de vez en cuando, según Chávez, Mercado lavaba la ropa, limpiaba la casa, cuidaba a los niños y recibía dinero para sus gastos (*New York Times*, 2001). Muchas relaciones de este tipo nunca salen a la luz. Pero de tanto en tanto, como en el caso de Gabina López, se convierten en notorios procesos legales (véase Banks, 1999; Lobel, 2001; Hondagneu-Sotelo, 2001: cap. 8).

Debemos destacar dos características de estos litigios. En primer lugar, nadie negaba que López hubiera brindado cuidados a los Rodríguez y a sus hijos, o que hubiera recibido muy poco dinero en compensación por sus servicios. La cuestión era *qué tipo de relación tenía con la familia Rodríguez* cuando brindaba esos cuidados. Segundo, los tribunales hicieron una distinción esencial: o Gabina López era un valioso miembro de la familia que realizaba sus tareas sin cobrar nada y era tratada con la normal consideración y las atenciones debidas a cualquier miembro de la familia, o era una empleada que brindaba un servicio comercial y, por lo tanto, estaba sujeta a las leyes que rigen las relaciones entre un empleador y su empleado. Los tribunales aceptaron los argumentos de los abogados de López y reconocieron que su relación con los Rodríguez entraba dentro de esta segunda categoría. López y sus abogados cobraron.

CALIDAD Y CONDICIÓN DE LOS CUIDADOS ANTE LOS TRIBUNALES

Cuando deben dirimir cuestiones relacionadas con la intersección de tareas de cuidados y transacciones económicas, los tribunales estadounidenses por lo general adoptan un procedimiento que consta de tres partes, y que hemos visto funcionar en el litigio entre Gabina López y la familia Rodríguez. En primer lugar, ubican la relación controvertida en un esquema más amplio de posibles relaciones. En segundo lugar, dentro de ese esquema, marcan la línea que separa el suministro de cuidados gratuito del suministro de cuidados comercial, sin tener casi en cuenta el contenido o la efectividad de los cuidados. En tercer lugar, buscan la combinación apropiada entre medios, relaciones y tareas de cuidados. Por último, los jueces sacan conclusiones que atañen tanto a: a) la idoneidad del trabajo de cuidado proporcionado, como b) en consecuencia, quién le debe qué a quién.

Los litigios acerca de los cuidados se producen por lo general en cuatro tipos de situaciones: cuidados mal brindados, manipulación en los cuidados, falta de cuidados y cuidados no retribuidos.

- En casos de *cuidados mal brindados*, al menos una de las partes reclama que el cuidado brindado por la otra parte no era el adecuado para la relación. Por ejemplo, las autoridades enjuician a un herborista que vende hierbas con fines medicinales sin la correspondiente habilitación.
- En casos de *manipulación en los cuidados*, alguien reclama que otro sacó ventajas económicas injustas de su suministro de cuidados. Por ejemplo, un sacerdote aconseja a uno de sus fieles que desherede a sus hijos y le deje todo su dinero a la iglesia.
- En casos de *falta de cuidados*, alguien no le brinda a quien lo necesita el cuidado que le corresponde. Por ejemplo, un accidente de trabajo por negligencia del empleador permite que el empleado pida compañía y cuidados para su cónyuge.
- En casos de *cuidados no retribuidos*, alguien brinda cuidados y luego recibe poca o ninguna remuneración económica a pesar de promesas previas en sentido contrario. Por ejemplo, Gabina López recibió poco más que casa y comida por tres años de trabajos domésticos y el cuidado de los niños.

Ninguno de estos cuatro tipos de casos representa categorías jurídicas. Son sólo típicos reclamos que hacen las personas, y que los profesionales del derecho traducen luego a su propio idioma. En las cuatro situaciones, lo que suele suceder es que alguien que no tiene un conocimiento especial de las leyes acude a un tribunal, juez o abogado con una queja acerca del trato económico que ha recibido él, ella u otra persona. Los profesionales del derecho traducen la queja a las categorías que brindan las teorías jurídicas vigentes. ¿Cómo se realiza esta traducción? Por lo general, las teorías dependen en gran medida de la definición de la relación personal entre las partes, de la transacción económica entre las partes, de la naturaleza de los cuidados brindados y de los servicios prestados, más la clásica distinción entre cuidados gratuitos y cuidados comerciales.

Los tribunales, por lo general, consideran que los cuidados gratuitos representan en sí mismos su propia retribución o, al menos, son parte de un sistema de retribuciones (como, por ejemplo, entre vecinos), algo en lo cual no debe intervenir la ley. Los cuidados comerciales, por el contrario, hacen presente el mercado y, por lo tanto, también el tema de las compensaciones justas o al menos razonables. Los tribunales a menudo subrayan esta distinción entre cuidados gratuitos y comerciales con otras dicotomías. La conocida división de las esferas separadas entre los mundos de los afectos y de la racionalidad, sin

duda, incide en muchas de estas disputas. Pero los tribunales a menudo trazan otras dos distinciones jurídicas específicas: entre relaciones confidenciales y no confidenciales, y entre relaciones profesionales y no profesionales. El *Black's Law Dictionary* (1999) define así las relaciones confidenciales o fiduciarias:

Una relación en la cual una persona está obligada a actuar en beneficio de otra en asuntos dentro del alcance de la relación. Las relaciones fiduciarias, como fideicomisario-beneficiario, tutor-pupilo, agente-principal y abogado-cliente, requieren el máximo cuidado de las obligaciones. Las relaciones fiduciarias surgen por lo general en alguna de estas cuatro situaciones: 1) cuando una persona deposita su confianza en la integridad de otra, quien en consecuencia se encuentra en una situación de superioridad o de influencia en relación con la primera; 2) cuando una persona asume el control y la responsabilidad sobre otra; 3) cuando una persona tiene la obligación de actuar o de aconsejar a otra acerca de asuntos que entran dentro de los alcances de la relación, o 4) cuando hay una relación específica que se sabe que tradicionalmente involucra obligaciones fiduciarias, como la de un abogado con su cliente o un agente de bolsa y su cliente (*Black's Law Dictionary*, 1999: 640).

Las relaciones no confidenciales, por lo tanto, incluyen a todas las demás. En la actualidad, paradójicamente, dentro de esta dicotomía incluso la relación entre marido y mujer se considera no confidencial. Como hemos visto ya repetidas veces, los tribunales también distinguen entre las obligaciones y los derechos de los profesionales con un título universitario, como los médicos, los abogados y los psicoterapeutas, y los de los no profesionales, que a veces brindan servicios similares pero sin tener un título que los habilite para ello. En cada caso, ubicar las relaciones de cuidados del lado de las confidenciales o profesionales coloca a las partes en el lugar de los derechos, los privilegios y las obligaciones especialmente vinculantes. Esa ubicación identifica la parte de las leyes que va a determinar la justicia de las transacciones económicas en conflicto.

En todos estos aspectos, sin embargo, los tribunales a menudo reformulan las distinciones para que se produzca lo que los especialistas en derecho consideran que es la justicia. Algunas de estas distinciones jurídicas producen consecuencias que parecen irónicas. Byrnece Green, una agente de bolsa, sufrió en carne propia estas consecuencias (*Green vs. Comm'r* 54 T.C.M. [CCH] 764 [1987]). Durante nueve años ella y Maxwell Richmond habían vivido como marido y mujer, después de un compromiso de diez meses, del cual Richmond

"había rogado verse liberado [...] explicando que él tenía 'un problema psicológico en relación con el matrimonio'", pero asegurándole que él le dejaría su porvenir asegurado después de su muerte. Green había cedido y "le hizo la vida lo más amable posible" ocupándose de su alimentación, cuidándolo cuando estaba enfermo y aconsejándolo en relación con sus negocios (*3). Pero cuando Richmond falleció en 1971, su testamento dejaba sus bienes de aproximadamente 7 millones de dólares a su hermano y a su hermana. Green le hizo un juicio a los herederos por el valor de sus servicios a Richmond. Un jurado le adjudicó más de 1 millón de dólares. Refrendaron su reclamo por *cuidados no retribuidos*. La Corte Suprema de Justicia de Massachusetts rechazó la apelación de los herederos, pero redujo la indemnización a 900.000 dólares, pagaderos entre 1977 y 1978.

Los problemas empezaron porque Green no incluyó esos pagos en su declaración de impuestos, alegando que eran regalos en compensación por sus "servicios como esposa" y, por lo tanto, no eran imposables. Pero el Internal Revenue Service cuestionó su declaración justamente sobre la base del acuerdo que le había otorgado el cobro de sus servicios. Se le ordenó a Green pagar el impuesto a los réditos. Si Richmond y Green hubieran estado casados, Green habría tenido un derecho incuestionable a una parte de sus bienes, y no habría tenido que reclamar una compensación por servicios impagos. Así, distinciones legales aparentemente sutiles tienen graves consecuencias económicas.

Para observar este complejo sistema jurídico en acción, volveremos al tipo de conflicto legal con que se inició este capítulo: los reclamos por influencia indebida. Tales reclamos aparecen muy a menudo en litigios relacionados con legados y herencias. El problema, en general, surge cuando alguien que se ve beneficiado con una herencia influyó con anterioridad de una manera indebida en los juicios del testador, por medio de coacción o de cuidados. Los tribunales son en especial cautelosos cuando el beneficiado tiene una relación confidencial con el donante. ¿El psicoterapeuta le sugirió impropriamente a su paciente que le dejara un legado a su clínica? ¿El abogado consiguió que su cliente invierta en un negocio que él controlaba? ¿Una enfermera que cuidaba al paciente agonizante lo puso en contra de sus hijos?

La teoría de la influencia indebida es, de todos modos, una medida legal difícil de instrumentar. Involucra a los tribunales y a los abogados en distinciones sutiles y en espinosos juicios morales. Requiere, por ejemplo, juzgar cuándo el cuidado que debía ser obligatorio o, al menos, resultar aceptable en la relación en cuestión se vuelve excesivo. Debe contemplar con suspicacia los cuidados brindados en relaciones confidenciales, a pesar de que se supone

que las personas más poderosas en tales relaciones están brindando, por cierto, un cuidado profesional a las personas menos poderosas. En general, exige a los cónyuges de tales sospechas, pero no a los miembros de parejas que cohabitan, ya sean heterosexuales u homosexuales.¹² Por supuesto, las sospechas surgen a menudo cuando una persona mayor se casa con una persona mucho más joven. La teoría de la influencia indebida exige juzgar si los cuidados brindados por parientes cercanos a los ancianos o a los enfermos no involucran un intento deliberado de desacreditar a otros parientes cercanos. La teoría de la influencia indebida, en resumen, obliga a los tribunales a refinadas y complejas clasificaciones de relaciones, interacciones e intenciones (véase, por ejemplo, Leslie, 1996, 1999; Madoff, 1997).

El caso *In re Faulks' Will* de 1945 en la Corte Suprema de Wisconsin ilustra estas cuestiones a la perfección (17 N.W.2d 423 [Wis. 1945]). En julio de 1903, George y Mary Faulks, una pareja sin hijos que vivía en una granja cerca de Waupaca, Wisconsin, recibieron en su casa a Will Jensen, un niño de 11 años que vivía en un orfanato cercano. Dieciséis años más tarde, después de que Will se casara con Pearl, una vecina, ambos se mudaron a la granja de los Faulks, mientras que la pareja mayor se iba a vivir a Waupaca. Los Jensen tuvieron una hija, Lorraine. Los Faulks nunca adoptaron legalmente a Will. Sin embargo, durante todos esos años, lo trataron "como a un hijo, y él cumplía con todas las obligaciones de un buen hijo hacia los padres que lo habían acogido":

Él los ayudaba a llevar adelante sus asuntos de negocios, los cuidaba durante sus enfermedades, tenía acceso a su documentación, cuidaba y refaccionaba su casa, les hacía todo tipo de trabajos, y en caso de enfermedad se ocupaba de que fueran bien atendidos. Su esposa cooperaba con su marido en el cuidado de los padres adoptivos de Will y se llevaba muy bien con George y con Mary [...] Mary le tenía mucho cariño a Lorraine, y a menudo se refería a ella

¹² Véanse Joseph W. DeFuria Jr., "Testamentary Gifts Resulting from Meretricious Relationships: Undue Influence or Natural Beneficence?", en *Notre Dame Law Review*, 64, 200, 1989; Yuval Merin, *Equality for Same-Sex Couples*, Chicago, University of Chicago Press, 2002; Jeffrey G. Sherman, "Undue Influence and the Homosexual Testator", en *University of Pittsburgh Law Review*, 42, 225, 1981; Trent J. Thornley, "The Caring Influence: Beyond Autonomy as the Foundation of Undue Influence", en *Indiana Law Journal*, 71, 513, 1996. Como reconocen esta realidad, los consejeros legales de parejas de lesbianas y de gays los instan a documentar legalmente sus contratos económicos; véase, por ejemplo, Hayden Curry, Denis Clifford y Frederick Hertz, *A Legal Guide for Lesbian and Gay Couples*, 11ª ed., Berkeley (CA), Nolo Press, 2002.

como a una nieta, y cuando Lorraine egresó de la secundaria en 1941, Mary se ofreció a pagarle la Universidad de Wisconsin durante un año (425).

En 1934, falleció George, que tenía 72 años. Más o menos por la misma época, Mary, dos años menor que su marido, empezó a tener serios problemas en el corazón como consecuencia de una miocarditis. En 1932, el doctor L. G. Patterson, de 28 años, empezó a trabajar como médico en Waupaca. Comenzó a atender a Mary en 1937 y tres años después se convirtió en su médico de cabecera. Durante esa época, Mary empezó a prestarle al doctor Patterson miles de dólares, primero para ayudarlo a pagar la hipoteca de su casa, luego para subvencionar un hangar y un avión. Después de que le dio 1.100 dólares por el hangar, el doctor Patterson habría hecho un acuerdo verbal con Mary de brindarle atención médica gratuita de por vida.

La relación de Mary con Patterson continuó a principios de la década de 1940. El doctor y su esposa vivían a tres cuadras de la casa de Mary, y las dos mujeres se visitaban con frecuencia. Una vez, en el Día de la Madre, el 11 de mayo de 1941, el doctor le envió flores y la llevó dos veces a pasear en avión. Ese verano, los Patterson, su hijo de 4 años y Mary fueron al Yellowstone Park; Mary se hizo cargo de todos los gastos. Según una de sus antiguas vecinas, sus conversaciones giraban por ese entonces siempre en torno a los Patterson: "Siempre nos estaba diciendo qué buena persona era, qué médico maravilloso tenía [...] Ella sonreía todo el tiempo mientras hablaba de él". Con Alice Faulks, su cuñada, Mary era todavía más explícita acerca de las atenciones de su médico:

Él iba a verla todas las noches, incluso cuando estaba muy cansado. Iba a su casa a ver cómo estaba y ella siempre se preocupaba porque él trabajaba demasiado. Dijo que una noche ella no se sentía muy bien y él le dijo: "Bueno, prepara tus cosas", [...] y ella dijo que él estaba allí a los pocos minutos. Por la manera en que lo dijo parece que él la pasó a buscar, y ella dijo que a los pocos minutos estaba en el hospital y en la cama. Yo le dije: "Me alegra de que alguien te cuide, porque yo no puedo hacerlo" (430).

Mientras tanto, la relación de Mary con Will y con Pearl empezó a deteriorarse. A la pareja no le caían bien los favores que le hacía al doctor Patterson. A principios de enero de 1942, cuando Will y Pearl visitaron a Mary en el hospital del doctor Patterson, Mary les reprochó que no fueran más amables con el médico. Will le respondió: "Está atrás de tu dinero". Como lo explicó más tarde: "No podía pensar otra cosa de alguien que le sacaba dinero a una anciana de

esa manera. Había escuchado a unas cuantas personas hablar de la forma en que ella le estaba dando dinero. Era un tema de conversación en nuestra comunidad en esa época" (426 y 427). La disputa hizo que el contacto de Mary con Will y con Pearl se interrumpiera. De hecho, cuando Mary murió en diciembre de 1942, la pareja no asistió al funeral.

Después de varios testamentos previos que beneficiaban a Will, Pearl y a su hija Lorraine, a la hermana de George, Eliza Palmer, y a su cuñada, Alice Faulks, en enero de 1942 Mary firmó lo que resultó ser su último testamento, dejando al doctor Patterson como su principal beneficiario. Will Jensen impugnó el legado. En mayo de 1944, el Tribunal del Condado de Waupaca apoyó su demanda de sustituir el último documento con un testamento previo. El tribunal apoyó la acusación de Will de un *cuidado inapropiado y manipulador*. Al año siguiente, el doctor Patterson apeló. A la acusación de Will de influencia indebida por parte del médico, su abogado opuso el argumento de que Mary era una mujer independiente y de carácter, en su sano juicio, que tenía derecho a elegir a sus beneficiarios. La acusación de influencia indebida se apoyaba sólo en la suposición de que Patterson "no sólo tenía la intención de influir en ella indebidamente para obtener favores inapropiados", sino que, además, él "tenía la posibilidad de ejercitar tal influencia e inducir a hacer un testamento a su favor". Esa posibilidad era grande, desde el momento en que era su médico y su vecino, determinó el tribunal, pudiéndose constatar que "se lo llamaba con frecuencia a su casa para que la atendiera, como también para que la atendiera mientras estaba en el hospital" (431, 441).

El descargo de Patterson en la apelación consistió en afirmar que nada de esto constituía una prueba de influencia indebida. Era cierto que "él la visitaba a menudo y que le hacía pequeños favores" (442) y que Mary estaba muy apegada a él. Enfatizó que la natural gratitud de una paciente anciana gravemente enferma por los cuidados y la atención de un médico competente entraba dentro de lo normal en la relación entre un médico y su paciente, y el tribunal de apelaciones sentenció en contra de la acusación de que Patterson había manipulado deliberadamente la relación con Mary en beneficio propio. Sus cuidados eran auténticos, no eran excesivos, no eran fraudulentos y, por último, no constituían una influencia indebida. De este modo el tribunal confirmó que Patterson no había brindado cuidados inapropiados o con el fin de explotar la situación en beneficio propio, y que privarlo del legado dejaría sus cuidados sin una compensación. Si, por supuesto, Faulks y Patterson hubieran sido amantes, habría existido una gran posibilidad de que Patterson perdiera su caso (Murthy, 1997; Ross, 1997). No lo habían sido, y él recuperó el legado.

En cuanto al sufrido hijo adoptivo, el tribunal de apelaciones rechazó de plano la demanda de Will por *cuidados no retribuidos*: aducía que su fiel servicio y su anterior relación cordial con Faulks le daban derecho a una parte importante de los bienes. Aunque Will era como un hijo para los Faulks, especificó el tribunal, en última instancia, él era su hijo por haber sido acogido en su hogar, no su heredero biológico: "Una relación de recíproca intimidad, por más duradera y afectuosa que sea, no sustituye los lazos de sangre, ni para el derecho ni tampoco de hecho" (442). (Para la ambigua situación legal de las contribuciones al hogar de los hijos acogidos, véase Draper, 1979.)

LAS BATALLAS EN LAS FAMILIAS

El caso Faulks representa un litigio en relación con cuidados médicos, gran parte de los cuales tuvieron lugar fuera del hogar del paciente. También incluye la oposición entre los reclamos de un hijo acogido y los del médico que brindó los cuidados. ¿Qué sucede cuando los adversarios ante los tribunales son miembros de una misma familia y cuando los cuidados tienen lugar sobre todo dentro del hogar? Aquí los cuidados cruzan el límite entre lo comercial y lo gratuito, ya que los tribunales por lo general definen los cuidados brindados por los miembros de la familia como gratuitos.

En algunos casos, sin embargo, los tribunales manipulan los límites, definiendo el cuidado brindado por los miembros de la familia como suficientemente exigente e imprevisto para requerir una retribución. En otra variante, analizan si las relaciones entre los parientes eran suficientemente distantes para convertir en excepcionales los cuidados brindados y, por lo tanto, merecedores de una retribución (véase Horsburgh, 1992). Los tribunales, a menudo, lo hacen invocando la doctrina jurídica del contrato implícito, introduciendo así consideraciones de índole comercial en las transacciones familiares. Consideremos, por ejemplo, un fallo de 1985 de la Corte Suprema de Minnesota, en relación con un reclamo de Alice Ann Beecham a una parte de los bienes de su suegra, que alcanzaban los 116.000 dólares. Su suegra, Sara Edith Beecham, había eliminado a Alice de su testamento para beneficiar a sus cuatro nietos. Dos años después de casarse con el hijo de Edith, Alice había traído a su casa a la mujer, que era anciana y estaba enferma. Durante los últimos seis años y medio de la vida de Edith, Alicia la cuidó a tiempo completo, no sólo cocinaba y limpiaba para ella, sino que también realizaba delicadas tareas de enfermería. Los tribunales dictaminaron que a pesar de su vínculo familiar, Alice Ann

tenía derecho a una parte de los bienes (*In re Estate of Beecham*, 378 N.W.2d 800 [Minn. 1985]).

Cuando Alice impugnó el testamento, el tribunal de primera instancia falló a su favor, por considerar que había un contrato implícito por la remuneración de sus servicios. El tribunal destacó que Edith no había hecho ningún gesto de reciprocidad por los extenuantes cuidados de Edith, excepto alguna "propina" ocasional de 5 o 10 dólares para gastos de transporte. Un tribunal de apelaciones revirtió el fallo, sobre la base de que los servicios de Alice, al ser brindados a un miembro de la familia, y en ausencia de un contrato verbal o escrito, tenían que ser gratuitos. La Corte Suprema, sin embargo, restableció la sentencia inicial que le otorgaba a Alice una retribución, confirmando la consideración del tribunal de primera instancia de que había un contrato implícito. Los cuidados que Alice le brindaba a Edith las veinticuatro horas del día, dictaminó la Corte Suprema de Minnesota, iban "más allá de los servicios comunes y corrientes que se brindan entre sí los miembros de una familia" (804). En resumen, la corte consideró los cuidados de Alice como *no retribuidos*. Basándose en la estimación de peritos acerca del valor comercial de los cuidados de Alice, la corte estipuló la compensación en 32.000 dólares, la cifra más baja entre todas las calculadas.

Con sus fascinantes complejidades, las controversias jurídicas acerca de la influencia indebida y de los cuidados extraordinarios brindados por miembros de la familia no contribuyen a nuestra investigación porque representen casos extremos o curiosidades. Por el contrario, arrojan una fuerte luz sobre cuestiones que siempre se ponen en evidencia cuando los cuidados llegan a los tribunales, pero que suelen permanecer en las sombras. ¿Quién tiene el derecho o la obligación de brindar determinando cuidado y a quién? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Con qué retribución, si es que merece una retribución? Al enfrentar estos problemas, los abogados y los jueces negocian la ubicación de la relación en cuestión dentro de un esquema más amplio de posibles relaciones entre las partes, combinan las formas y los alcances de los cuidados apropiados e inapropiados en esas relaciones, y llegan a conclusiones que definen la clase de compensación, si es que debe haberla, que las partes merecen.

Con seguridad, cuando pueden, los abogados y los jueces se remiten a un reconfortante lenguaje legal, haciendo mención a las intenciones: se precipitan sobre aparentes revelaciones de intenciones en la forma de cartas privadas, conversaciones escuchadas por casualidad o previas a la redacción de testamentos. Pero gran parte de los razonamientos que registran los juicios se basan en la descripción de las transacciones interpersonales, de cómo se separan

las que pueden considerarse cuidados, se vinculan con las categorías de relaciones adecuadas y se evalúa su corrección y su valor, para establecer luego las recompensas y las obligaciones correspondientes. Los abogados y los jueces en disenso, por lo general, ponen en tela de juicio cada uno de estos elementos: transacciones, cuidados, relaciones, valor, recompensas y obligaciones. La misma clase de razonamientos domina las disputas legales sobre las relaciones de cuidados, pero se vuelve visible de una manera especial cuando se alega influencia indebida o un cuidado brindado en la familia que va más allá de los límites del deber. Veremos con más claridad cómo funciona esta manera de razonar si nos detenemos en una amplia variedad de otra clase de disputas relacionadas con cuidados, como, por ejemplo, si los gastos por el cuidado de los niños se pueden deducir de impuestos como un gasto de la empresa, pensiones alimenticias, retribuciones por el trabajo no remunerado o mal pago de cuidados personales, casos de mala praxis médica, daños causados por la divulgación de información confidencial y muchos otros casos más. Incluso son reveladoras, sorprendentemente, las disputas legales relacionadas con las consecuencias de accidentes laborales. A diferencia de la mayoría de los casos que hemos estudiado, los accidentes laborales, por lo general, involucran a terceras partes que no brindan cuidados personales.

En 1913, Avonia y Andrew S. Griffen se dieron cuenta de cuán complejas pueden volverse tales decisiones legales (*Griffen vs. Cincinnati Realty Co.*, 27 Ohio Dec. 585 [Ohio Super, Ct. 1913]). Después de que Andrew sufriera un accidente laboral, su esposa Avonia, una costurera, dejó su propio trabajo para cuidar a Andrew durante un período de quince semanas. Luego presentó una demanda a los anteriores empleadores de Andrew por dos motivos: por la pérdida de su propio salario como consecuencia directa del accidente de Andrew y por la pérdida del consorcio conyugal como resultado de los daños sufridos por su marido. La Corte Suprema de Cincinnati dividió el fallo. Por una parte, negó que la Workmen's Compensation Act* tuviera en cuenta beneficios para las esposas de los empleados cuando ellos mismos podían ser indemnizados. Por lo tanto, rechazó categóricamente el pedido de Avonia de esa compensación. También dictaminó que el cuidado de Andrew entraba dentro de la categoría de cuidados familiares gratuitos y que, por lo tanto, no la facultaba para recibir la compensación de 120 dólares que reclamaba. La corte concedió que si Avonia y Andrew hubieran redactado un documento

* La Workmen's Compensation Act es una ley estadounidense de 1923 que contempla la indemnización por accidentes laborales. [N. de la T.]

contratando sus servicios, o si hubieran contratado a una enfermera, Andrew podría haber cobrado una compensación por el costo de ese servicio.

Al llegar a la cuestión del consorcio conyugal, por otra parte, la Corte Suprema sentenció de una manera sorprendente para la época. Como señalamos en el capítulo II, hasta mediados del siglo XX, cuando un marido sufría daños, las cortes rara vez le permitían a la mujer cobrar por la pérdida de su compañía y de su ayuda. Pero la corte de Cincinnati, reconociendo los crecientes derechos legales de las mujeres, le otorgó a Avonia 500 dólares por la pérdida del consorcio conyugal. La corte rechazó la demanda por *cuidados no retribuidos*, pero aceptó la demanda por *falta de cuidados*. Manipuló las categorías jurídicas vigentes para satisfacer su sentido de la justicia.

LOS CUIDADOS DENTRO Y FUERA DE LA LEY

Las relaciones de cuidados implican una atención personal intensa y/o sostenida en el tiempo para el bienestar de su destinatario. Los cuidados se convierten en cuidados íntimos cuando al menos una de las partes adquiere una información que no es abiertamente accesible a terceras partes y cuya divulgación podría perjudicar de alguna manera al informante. Los cuidados íntimos implican un trabajo relacional extenuante: establecer, combinar, reconstituir y a veces acabar con límites, medios, transacciones y relaciones interpersonales íntimas. Los cuidados íntimos tienden a ser vistos de un modo sentimental, ya que evocan toda una serie de imágenes familiares de altruismo, humanitarismo y entrega gratuita ilimitada. De ahí hay sólo un paso a la idea de las esferas separadas de los sentimientos y de la racionalidad, y a la suposición basada en la teoría de los mundos hostiles de que el contacto entre las esferas, la personal y la económica, corrompe a ambas.

Nuestro estudio de relaciones de cuidados concretas nos ha revelado una vez más cuán relativos son tales juicios: de hecho, los cuidados personales mezclan de una manera constante las transacciones económicas con el suministro de una atención personal intensa y/o sostenida en el tiempo. Si se contemplan en detalle, estas relaciones de cuidados revelan que sus participantes no se preguntan si ellas deben o no incluir transacciones económicas. Surgen conflictos, en cambio, en cuanto a las combinaciones apropiadas entre relaciones, medios y transacciones, y cuesta mucho diferenciar las relaciones de cuidados que tienen aspectos prácticos parecidos, pero diferencias importantes como consecuencia de lazos anteriores de más tiempo entre las personas im-

plicadas. Al negociar las condiciones económicas de los cuidados, los participantes también están definiendo relaciones sociales significativas.

En este sentido, la situación no cambia mucho cuando los cuidados llegan a los tribunales. Los profesionales del derecho consultan sus propios esquemas de posibles relaciones y despliegan teorías como la de la influencia indebida, pérdida del consorcio conyugal o contrato implícito cuando dirimen disputas sobre el suministro apropiado o inapropiado de cuidados. A veces apelan a la lógica de los mundos hostiles para defender un argumento. También introducen dicotomías muy curiosas como gratuito-comercial, confidencial-no confidencial y profesional-no profesional. Pero los profesionales del derecho, también, realizan análisis y mantienen discusiones relacionadas con la adecuada combinación de relaciones, medios y transacciones.

Como las leyes que rigen las relaciones de cuidados necesariamente van cambiando, aunque de una manera lenta e irregular, para enfrentar los cambios en la práctica del suministro de cuidados, podemos considerar las salas donde se administra justicia como una especie de teatro de sombras en el cual los actores improvisan versiones estilizadas de los conflictos cotidianos usando la jerga propia de su oficio. Pero ¡atención con la metáfora! Lo que sucede en el escenario legal afecta a su vez el suministro de cuidados en la vida cotidiana: la relación de médicos y pacientes, abogados y clientes, niñeras y niños, los inmigrantes y sus empleadores, los niños y sus padres, las parejas que cohabitan e incluso las de los cónyuges que se brindan cuidados, todas dependen de lo que plantean los abogados y de lo que deciden los miembros del jurado. Seremos testigos de un entretrejo similar de derecho y prácticas cotidianas cuando analicemos las relaciones de intimidad dentro de los hogares.