
La pediatria en l'aportació de coneixements de cura¹

**Susanna González Ruiz, Núria Montmany Badia
i Gemma Parera Álvarez**

Resum: L'article investiga les causes que hi ha darrere una major freqüentació dels serveis pediàtrics al Centre d'Atenció Primària de Barberà del Vallès. En primer lloc, s'analitzen els canvis en l'adquisició de les competències i els coneixements de cura dels infants per part dels pares i mares, i es planteja la hipòtesi d'una erosió de competències deguda a la reducció de la natalitat i als canvis en la socialització de gènere. En segon lloc, des de la vessant de la pediatria es destaca la consolidació de l'expropiació dels coneixements de cura per part de la medicina, la feminització de la pediatria i l'àmplia accessibilitat a aquest servei. Finalment, es consideren els possibles efectes d'aquests canvis sobre la branca pediàtrica del sistema sanitari i sobre el procés de cura dels infants.

Paraules clau: adquisició de competències de cura dels fills, socialització de la maternitat, feminització de la pediatria, medicalització de la cura.

Resumen: El artículo investiga los motivos que explican una mayor frecuencia de los servicios de pediatría en el Centro de Atención Primaria de Barberà del Vallès. En primer lugar, se analizan los cambios en la adquisición de las competencias y los conocimientos necesarios para el cuidado de los niños y niñas, y se plantea la hipótesis de una erosión de competencias derivada de la reducción de la natalidad y los cambios en la socialización de género. En segundo lugar, desde la vertiente de la pediatría se destaca la consolidación de la expropiación de conocimientos de cuidado por parte de la

1. Aquest treball va obtenir el premi del IX Concurs de Joves Sociòlegs 2005 que atorga l'Institut d'Estudis Catalans i la seva filial l'Associació Catalana de Sociologia.

medicina, la feminización de la pediatría y el amplio acceso a este servicio. Finalmente, se consideran los posibles efectos de estos cambios sobre la pediatría y sobre el proceso de cuidado de los niños y niñas.

Palabras clave: adquisición de competencias de cuidado de los hijos, socialización de la maternidad, feminización de la pediatría, medicalización del cuidado.

Abstract: The article focuses on the increasing demand of Paediatric services in Barberà del Vallès. First of all, changes in the way in which parents learn about child care are analysed. The conclusion is that parents are not as competent as before regarding child care due to the decreasing birthrate and changes in gender socialization. Secondly, from the point of view of the Paediatricians, what is evident is the fact that child care has been expropriated by Paediatricians. What is more, the feminization of Paediatrics and the easy accessibility of the health service support this hypothesis. Finally, the possible effects of these changes in the branch of Paediatrics in the health service, and in the process of child care are being considered.

Key words: acquisition of competences for taking care children, socialization of motherhood, feminization of paediatrics, medicalization of cure.

Introducció

Els problemes que giren al voltant de la vida quotidiana no són perifèrics o d'importància secundària, sinó que tenen una rellevància considerable en la vida social. En la vida quotidiana —entesa com a conjunt d'activitats que caracteritzen la reproducció de les persones—, la cura dels altres es mereix una posició central. Una activitat aparentment tan natural i donada per descomptat com és la cura dels infants és fruit d'una construcció que no deixa intacta les relacions entre homes i dones; entre ciència i coneixement tradicional.

En el darrer segle, en les societats occidentals la pediatria ha adquirit un paper de molta importància en el procés de cura dels fills i filles que possiblement s'ha incrementat en els últims trenta anys en la nostra societat. Preguntar-se per la centralitat de la ciència mèdica en la cura en els diferents contextos socials, així com per les conseqüències que aquest fet origina, ens pot ajudar a entendre el fenomen de la cura com a construït per la realitat social i a la vegada modelador d'aquesta realitat. L'interès d'aquest estudi radica en la necessitat d'entendre i explicar els canvis que giren al voltant de l'adquisició de coneixements de cura dels infants i mostrar com aquests coneixements són fruit d'un procés d'aprenentatge i, per tant, no es poden entendre com a qualitats innates, sinó com a qualificacions adquirides.

Com a primera aproximació al tema, es fa una breu revisió dels treballs que hi ha sobre la socialització diferencial de gènere, estretament vinculada a la transmissió de coneixements de cura de generació en generació, i especialment de la construcció social de la maternitat. En aquest punt, és rellevant considerar el paper que la medicina ha tingut històricament en la definició de la maternitat i la seva intervenció envers aquesta maternitat. Només així es pot entendre la importància que la pediatria ha adquirit avui dia, en un context de feminització de la pràctica mèdica i, en concret, d'aquesta especialitat. També cal fer un apunt sobre el model d'igualtat entre homes i dones que està prenent força actualment, en tant que condiciona la socialització diferencial de gènere. Finalment, s'assenyalen les diferències entre classes socials i ètnia en els hàbits de cura, fet que ens allunya d'un patrimoni homogeni de la cura.

Partint de la hipòtesi que cada cop més la transmissió de coneixements de la cura està en mans de les pediatres, probablement a causa de l'erosió de la transmissió de la cura de mares a filles, de l'expropiació dels coneixements vinculats a la maternitat per part de la medicina científica i de la feminització de la pediatria, aquest estudi pretén fer una mínima contrastació empírica a Barberà del Vallès. El treball de camp es basa en l'observació de tres consultes pediàtriques al Centre d'Atenció Primària d'aquesta població i en la realització d'entrevistes a pediatres que hi treballen, així com a mares que hi assisteixen. Aquest primer contacte amb la realitat estudiada ha permès una mínima validació de les hipòtesis inicials i, a la vegada, fer més complex el model d'anàlisi de partida. També cal tenir en compte la reducció del nombre de fills, vinculada a la seva sobreprotecció, així com l'àmplia accessibilitat als serveis sanitaris, per entendre la seva major participació en l'adquisició de les competències necessàries per a la cura dels infants, que segueix en mans de les dones. Malgrat que els homes participen en algunes tasques, les decisions i els coneixements continuen en mans de les dones.

1. La socialització diferencial de gènere

1.1. *El rol de gènere femení*

Abans d'abordar la qüestió de com han canviat, històricament i generacionalment, les pràctiques i els coneixements de les mares pel que fa a la cura dels infants, cal explicar els processos que fan possibles aquestes pràctiques i coneixements, tant des del punt de vista de la seva formació i reproducció com des del canvi. És imprescindible

ble considerar dos conceptes clau, identitat i rol de gènere, àmpliament tractats per una gran quantitat d'autores i autors provinents de la psicologia i la sociologia.

El concepte de *identitat de gènere*, entès com «aquel elemento de nuestra subjetividad por el cual nos sentimos, nos percibimos y nos identificamos internamente como personas básicamente femeninas o [...] masculinas en relación a lo que socialmente se entiende por masculinidad y feminidad» (Brullet, 1996, p. 274), posa en relleu el fet que la definició d'allò en què consisteixen ambdós gèneres és construït socialment. En aquest sentit, Berger i Luckmann afirmen que «el procés d'autoproducció de l'home és sempre, i necessàriament, un procés social» (Berger i Luckmann, 1996, p. 79), el qual inclou tot un conjunt d'activitats i «un repertori objectivat de coneixement» (Berger i Luckmann, 1996, p. 108) que són tipificats com a «propis» de cada un dels gèneres. Són el que anomenem *rols de gènere*.

Entenent que tot aquest conjunt de coneixements i pràctiques diferenciats a partir del gènere conformen unes cultures pròpies, ens trobem amb una cultura femenina i una altra de masculina. Aquesta diferenciació, que podria semblar radical, aporta la possibilitat de fer visibles conceptualment els conflictes que s'esdevenen entre ambdós gèneres, malgrat l'aparent consens. També cal tenir present que aquestes cultures no són homogènies, sinó formades per diferents subcultures, «que crean sus propias categorías culturales en relación a determinados elementos de su vida cotidiana y posición social en las relaciones de trabajo» (Brullet, 1996, p. 277), tenint en compte també el lloc de procedència.

Així, per exemple, malgrat que la gestació dels fills i filles és una experiència repetida i compartida per una gran part de les dones, és viscuda en condicions diferents, igual que el part i la posterior cura dels infants. S'ha de trencar amb la imatge estereotipada de l'homogeneïtat en el treball domèstic i, en concret, en el treball de cura de les persones. Segons Duran (1987), la imatge de l'homogeneïtat deriva de la seva connexió immediata amb els processos biològics de reproducció. No obstant això, hi ha un univers molt diferenciat de normes i perfils en l'exercici de la maternitat i el treball domèstic. Cal tenir en compte, doncs, les diferències de classe i d'ètnia que hi ha dins el que Bianchi (1994) anomena *producció femenina*, com a patrimoni d'experiències acumulades i elaborades per les dones en les seves tasques de gestió de la supervivència, de capacitats i habilitats manuals de diferent tipus.

Aquests coneixements i pràctiques que conformen la «producció femenina» o la «cultura femenina», amb les seves subcultures, són reproduïts, és a dir, es transmeten a partir del procés de socialitza-

ció. En el cas concret de les dones, trobem que aquestes, com a grup social específic, han transmès de generació en generació una tradició cultural vinculada a espais, temps i activitats dedicats a l'atenció i cura de les persones, a més a més de tot un conjunt de «valores, representaciones, formas de comportamiento» i «actitudes adecuadas tales como para los niños esperar ser servidos y para las niñas ofrecerse como dadoras de bienestar y calidad de vida» (Brullet, 1996, p. 280 i 299), que conformen la divisió sexual del treball.

Les cultures femenina i masculina coexisteixen en el marc d'una societat de tipus patriarcal, en la qual la cultura masculina és la dominant, mentre que la femenina ocupa una posició subordinada. Ens trobem, doncs, en un context on predomina una «cultura androcèntrica», que comporta «la ocultación y la devaluación de la importancia social de las aportaciones de las mujeres» (Brullet, 1996, p. 278). A partir d'aquesta relació desigual que s'estableix amb la cultura masculina entendrem com la cultura femenina ha anat modificant-se.

Efectivament, els coneixements i les pràctiques que conformen la cultura i les subcultures femenines han variat al llarg de la història. Han aparegut elements crítics cap als models dominants de conductes de gènere, en tant que la socialització és un procés obert, on els individus tenen un paper actiu.

1.2. Repensar el concepte de qualificació

Les capacitats i qualificacions específiques que les dones han adquirit en la seva socialització familiar, anomenades *cultura femenina* o *producció femenina*, apareixen com a invisibles i infravalorades. Són considerades innates i naturals, en comptes d'adquirides i culturals, ja que no s'ajusten als paràmetres del treball productiu, és a dir, no es produeixen dins la cultura i les organitzacions del treball tradicionalment masculí. Les mateixes dones interioritzen la banalització de les seves qualificacions i la desvaloració del seu treball, ja que «al haber adquirido sus habilidades fuera de los canales institucionales de cualificación y siempre referidas a la esfera de lo privado, su adquisición les parece individual y no colectiva» (Kergoat, 2000, p. 522).

La transformació del capital humà en qualificació requereix una operació de judici social, fet que suposa que ha de passar el filtre de les representacions socials; la qualificació no és només una competència tècnica, sinó, sobretot, una construcció social i ideològica al voltant de l'eix de gènere (Daune-Richard, 2000).

En definitiva, el treball domèstic i les capacitats que requereix es perceben com una qualitat innata de moltes dones i no com a qualifi-

cacions adquirides, la qual cosa genera conseqüències envers el treball assalariat de les dones, especialment el de les ocupades en sectors i feines vinculats a la reproducció (segregació horitzontal). En primer lloc, la reivindicació de les tasques domèstiques com a ofici ha estat àrdua. Durant el segle xx s'ha fet un avenç important en el reconeixement del treball domèstic assalariat com a ocupació de servei, i no com a estat o condició de servei (Fraisse, 2000), però l'expansió dels serveis d'atenció a la vida diària, a causa de les creixents necessitats de cura, sobretot de les persones grans, posa sobre la taula la necessitat de professionalitzar l'ocupació de servei.

En segon lloc, les dones predominen en ocupacions que són un reflex de les tasques de reproducció, les quals requereixen certs coneixements associats al que s'anomena *producció femenina*. Aquests coneixements que les dones aporten al treball assalariat no són reconeguts, sinó devaluats. La segmentació dels estudis i de les ocupacions segons el sexe està jerarquitzada. Aquelles ocupacions feminitzades, per norma general, tenen una remuneració inferior i menys possibilitats de fer carrera, perquè «l'estimació del seu valor social» és inferior. Mentre que la tècnica va associada al treball qualificat i a la masculinitat, les dones predominen en els serveis, l'espai d'allò relacional, on es requereixen qualitats suposadament inherents a la naturalesa femenina, pel fet d'haver estat adquirides en l'àmbit privat de la família.

A partir d'aquestes consideracions, amb aquest estudi es pretén ajudar a fer visible que les tasques d'atenció i de cura a les persones no són qualitats naturals inherents a la condició femenina, sinó que requereixen un procés d'aprenentatge.

1.3. Canvis en la socialització de gènere: una igualtat que passa per la inserció en el model masculí

Per entendre els canvis en la socialització diferencial de gènere, cal tenir present que durant el procés de socialització es poden incorporar elements crítics cap al model dominant de conductes de gènere. Moltes dones socialitzen actualment les seves filles en un concepte d'igualtat entre homes i dones, tot i que la difusió de missatges crítics davant els estereotips de gènere difereix segons la classe social i l'ètnia.

L'emancipació de les dones s'entén, majoritàriament, a través de la seva inserció en el mercat de treball i l'adopció d'una identitat lligada a un model professional masculí. Moltes dones han donat una major importància a les seves activitats laborals i, en conseqüència, la seva identitat cultural ja no respon a la figura de mare i esposa, sinó a la identificació amb el treball assalariat.

Aquest procés de major inserció o d'intenció d'inserir-se en el mercat laboral no es produeix de manera igual entre totes les dones. Segons Duran (1988), la taxa d'incorporació de les dones en el mercat de treball és bastant heterogènia segons l'edat. Fins als vint-i-quatre anys és semblant a la dels homes, però a partir d'aquesta edat s'escindeix en dos grups i perd pes l'activitat laboral en el grup de les casades. La classe social i l'hàbitat també influeixen en la participació de les dones en el treball remunerat. Així, el Colectivo IOE (1996) ha distingit quatre formes d'organitzar el temps: posició adscriptiva, posició integrada, posició competitiva i posició dissident, que reflecteixen diferents maneres d'entendre la vida quotidiana i la divisió sexual del treball, condicionades tant per la cultura i conjuntura històrica a la qual pertanyen els individus com per la seva posició social de gènere, edat, estatus familiar, adscripció socioeconòmica i hàbitat.

La posició adscriptiva correspon a les persones de més edat de zones rurals i mestresses de casa urbanes, poc qualificades, d'extracció social mitjana-baixa. Aquesta posició es basa en la rígida separació d'esferes i l'adscripció de la dona a l'esfera domèstica. En canvi, les dones que s'insereixen en la posició competitiva, integrada o dissident, participen en el mercat de treball, però amb matisos importants. La posició integrada destaca en les dones urbanes d'extracció social mitjana-baixa i les franges intermèdies del medi rural. Els rols són definits per les normes i institucions. Es parteix d'un discurs igualitari, però a la pràctica els papers d'homes i dones apareixen diferenciats. La posició dissident està present en les dones urbanes de classe mitjana, homes urbans d'estatus mitjà-alt i joves urbans d'ambdós sexes d'estatus mitjà-alt. Parteixen d'una igual valoració del treball remunerat i no remunerat, en tant que ambdós són socialment necessaris. Es prefereix que els dos membres de la parella treballin assalariadament, però amb un horari més reduït per tal de poder dur a terme el treball domèstic i les relacions socials i personals. De moment, aquest model es manifesta de manera residual.

Predomina un model d'entendre la vida quotidiana que entén el temps com a mercat (posició competitiva). Hi trobem dones que pertanyen a sectors urbans amb una elevada qualificació acadèmica i estatus socioeconòmic mitjà-alt, les quals encaixen completament amb el model d'emancipació que passa per l'homologació amb un patró masculí d'organitzar la vida quotidiana. Rebutgen la subjecció als rols tradicionals i construeixen la identitat personal sobre la base de la inserció en el mercat de treball. El treball assalariat és admirat, com a font d'independència personal i capacitat de consum, mentre que el treball domèstic és menyspreat i se subordina al primer, per la

qual cosa s'intenta minimitzar, s'allarga el moment de tenir fills i se'n redueix el nombre.

Les polítiques socials han reforçat aquest model d'emancipació, que representen paradigmàticament les dones que organitzen la vida quotidiana entorn d'una posició competitiva. Mentre la igualtat professional i la igualtat salarial estan a l'agenda política com una de les dimensions fonamentals de la ciutadania de les dones, el repartiment del treball familiar i domèstic que influeix en les desigualtats entre homes i dones en el mercat de treball no ha estat qüestionat, o més aviat ha estat reforçat per les polítiques públiques. Si aquestes polítiques només s'ocupen del treball assalariat, les dones es troben atrapades en el que Picchio (1994) anomena *el dilema entre igualtat i protecció*: o bé les dones han d'ocultar el treball de la reproducció per ser iguals que els homes, la qual cosa les obliga a ser «superdones», o bé han de tenir-lo en compte i exigir protecció, com per exemple, el temps parcial. No obstant això, si es considera la relació entre producció i reproducció, la vinculació entre el treball assalariat i domèstic s'ha de deixar de veure com un problema específic de les dones, ja que és una qüestió que ha de resoldre tota la societat.

Aquest model d'emancipació que passa per la incorporació de les dones als àmbits tradicionalment masculins respon a dos processos; d'una banda, la centralitat del treball assalariat, i de l'altra, l'altra cara de la moneda: la invisibilització i devaluació del treball domèstic.

1.3.1. Manca de valoració social i econòmica del treball domèstic

El treball assalariat és econòmicament i socialment dominant en relació amb el treball domèstic i familiar. Aquest darrer no és reconegut com a treball, ja que des de la industrialització el treball entès com esforç, utilitat, benestar o necessitat és irrellevant en comparació del treball convertit en mercaderia. Tal com diu M. Duran (1991), es produeix una substitució del tot per la part que invisibilitza el treball domèstic i oculta la major càrrega de treball de les dones.² La invisibilitat del treball domèstic no opera tant a escala individual com social; s'invisibilitza i es nega la seva significació per al conjunt de la societat. Així, el treball domèstic no té ni valor econòmic ni valor social; no té salari, ni prestigi, ni genera drets de ciutadania, la qual cosa fa que moltes dones disposin d'aquests drets mediats pel cap de família. En definitiva, les dones que fan exclusivament treball domès-

2. Segons el PNUD (1995), les dones realitzen més de dos terços del treball no remunerat mundial.

tic no són comptabilitzades econòmicament ni considerades socialment com a treballadores (Torns i Carrasquer, 1987).

La desvaloració del treball domèstic va lligada al fet que es considera «natural» i propi de les dones, fet que ens remet a la ideologia de la domesticitat (Nash, 1993). En concret, la cura dels infants és atribuïda a les dones-mares ja que en són «naturalment responsables», però aquesta responsabilitat atribuïda a les mares és resultat d'una construcció social. Tal com afirma Benería (1981), sols la reproducció biològica està lligada biològicament a les dones. La reproducció de la força de treball i la reproducció social estan, en canvi, atribuïdes socialment a les dones.

En definitiva, el treball domèstic es fa des de la manca de reconeixement i la subordinació. Fins i tot, és un treball no reconegut per les mateixes persones que el realitzen. És a dir, la majoria de dones no tenen consciència que fan activitats que són un treball necessari per al funcionament de la societat (Carrasquet *et al.*, 1998). És un treball amb una representació social molt negativa, la qual cosa provoca que no vulgui ser fet per ningú. Sempre que es pot, segons la classe social, s'assalaria, i aleshores són els grups més subordinats, les dones immigrades, els qui el realitzen. Un dels indicadors de la devaluació social del treball domèstic és que és definit com una obligació i no com un dret, mentre que el treball assalariat és vist com a dret.

1.3.2. *La centralitat del treball assalariat*

L'organització social s'estructura entorn de la centralitat del treball productiu, tant des del punt de vista simbòlic com material, fet que equival a dir que allò masculí domina materialment i simbòlicament. D'una banda, l'activitat laboral s'ha convertit en el centre del projecte de vida de moltes dones. Per tant, malgrat el creixement de l'atur i la precarietat laboral, la centralitat del mercat de treball augmenta, ja que hi ha un augment del col·lectiu de persones que centren la seva vida a tenir una activitat laboral. I de l'altra, l'esfera de la producció no només marca el projecte de vida dels individus, i de cada cop més dones, sinó també l'organització de la societat.

El temps de treball assalariat ha esdevingut la base del temps social: «l'eix sobre el qual s'articula l'organització de la vida quotidiana de les persones, i probablement, de retruc, de la vida de la ciutat» (Torns i Miguélez, 2000, p. 69). Aquesta primacia del temps de treball assalariat sobre l'articulació dels temps socials origina unes estructures temporals fragmentades i incoherents per a les dones, les quals tenen com a principal eix de referència temporal el treball

domèstic. Mentre que la societat s'organitza entorn d'una lògica diacrònica, lineal o objectivable del temps, pròpia del temps productiu, el temps del treball reproductiu segueix una lògica sincrònica, discontinua i subjectiva (Torns, 2001).

L'organització temporal i social dominant al voltant del treball assalariat perjudica les dones, perquè són les encarregades d'una sincronització subordinada, i també pel prestigi absolut que adquireix la plena disponibilitat laboral, fet que amaga la interrelació entre producció i reproducció. La plena disponibilitat laboral subordina altres temps i altres treballs que són necessaris, fet que suposa perdre benestar en la vida quotidiana i impedeix complir l'objectiu prioritari de la cura. A més, la plena disponibilitat laboral perjudica les dones en el mercat de treball, ja que la seva presència en l'esfera del treball domèstic i la mentalitat de l'empresari que pressuposa que les dones tenen «obligacions» familiars, les allunya de la plena disponibilitat i les situa en una posició de desavantatge respecte d'aquells que no porten la doble càrrega del treball domèstic i remunerat. Per tant, la plena disponibilitat absoluta és rebutjable en tant que suposa un empitjorament del benestar quotidià i, a més, suposa una penalització de les dones en el mercat de treball.

En conclusió, aquestes concepcions i pràctiques que prenen com a base de l'emancipació de la dona únicament la seva incorporació al treball assalariat plantegen forts interrogants. D'una banda, les dones han entrat amb major força al camp masculí, el treball remunerat, però el treball domèstic segueix sent una tasca essencialment femenina, on els homes no realitzen incursions.

I de l'altra, les dones estan en una situació de discriminació en el treball assalariat, fet que genera una bretxa entre les aspiracions de moltes dones i la realitat a la qual s'enfronten i conforma un procés de continuïtat i canvi. La participació de les dones en el mercat de treball ha suposat noves desigualtats, una translació de les desigualtats: «la feminización del mercado es real, pero inacabada, incompleta, puesto que ha tenido lugar bajo el sello de la desigualdad y de la precariedad» (Maruani, 2000, p. 15).

Finalment, col·locar en el centre de la vida el mercat de treball significa subordinar el funcionament de la societat, l'estructura del temps i dels espais a la lògica de l'acumulació. Aquesta lògica impedeix l'existència d'una responsabilitat social en la reproducció, i es produeix una contradicció entre la lògica del mercat laboral i l'atenció a les necessitats humanes i la lògica de la cura. La centralitat del mercat en l'organització social converteix els seus imperatius en inflexibles davant de la necessitat d'atendre la cura de les persones. És a dir, si el que preval és el mercat, aleshores es delega a un segon pla

la sostenibilitat social. És una responsabilitat que s'atribueix a les dones, però a costa de la pèrdua de la seva sostenibilitat personal.

2. La medicalització de la maternitat

2.1. La construcció social de la identitat de mare

Recordem que la identitat femenina o cultura femenina representa la identificació de les dones amb uns rols i a partir d'uns rols de gènere femenins (sempre diferenciats segons la classe social i l'ètnia) que es caracteritzen per definir-les, en tant que ho són, com aquell col·lectiu que s'ocupa de les tasques de reproducció, i la maternitat potser és l'aspecte més rellevant de tots.

La visió que la societat i les mateixes dones han tingut de la maternitat, com a identitat, ha anat variant al llarg del temps, en relació amb els diferents moments històrics i la classe social. De manera que es posa de manifest que la identitat de mare és una construcció social i part integrant de la identitat de gènere femení en general.

La cura dels infants ha estat tradicionalment vista com a quelcom innat i natural, que pot ser dut a terme per les dones sense la necessitat de la intervenció de cap altre agent que no sigui també femení.

Diferents autores³ expliquen que a molts països que enviaren els homes a la Primera Guerra Mundial, foren les dones les qui hagueren de substituir-los a molts llocs de treball fins aleshores inaccessibles per a elles. Fou precisament per aquest motiu que aparegueren les primeres llars d'infants amb la idea de compatibilitzar el treball a la fàbrica amb la cura dels fills. Quan finalitza la Guerra, tant a França com a Anglaterra la puericultura i el control mèdic de la infància s'imposen, i als Estats Units «la mitad de los niños nacidos en 1929 recibieron la influencia de la política gubernamental de asesoramiento sobre la crianza de los hijos» (Scott, 2000, p. 121).

Certament, quelcom succeeix durant aquest període. Per mostrar algunes dades significatives, tenim que fou l'any 1920 quan a França es decideix dedicar un dia a les mares i, a partir de 1925, la comercialització de la llet esterilitzada, condensada i en pols (Sohn, 2000) entra de ple al mercat i es fa accessible per a un nombre creixent de la població. Als Estats Units, al seu torn, «surgidas de agencias de salud pública y de agencias sociales, escuelas, clubes femeninos, revistas, púlpitos y periódicos, así como el gobierno federal, se

3. Moltes a l'obra *Historia de las mujeres: El siglo xx* (2000).

prodigaron las directivas científicamente orientadas para satisfacer la disposición de las madres» (Scott, 2000, p. 120). La qüestió és entendre el perquè d'aquest sobtat interès per part de les autoritats pel benestar dels infants. Potser la resposta resultaria més clara si penséssim que darrere la preocupació pels fills i filles trobem la preocupació pel paper que han d'exercir les dones.

Entre els possibles motius que poden explicar aquests fets, se'n destaquen dos de significatius. El primer és l'imparable descens de la natalitat. Tenint en compte el fet que estem parlant d'una època que va patir dues guerres mundials, s'entendrà que es configuri un escenari on s'esdevé una «creciente conciencia pública de una constante disminución de la tasa de natalidad unida a un interés cada vez mayor en la cantidad de población como ingrediente esencial de orgullo y poder nacionales» (Bock, 2000, p. 460). Segons Lagrave (2000), un segon motiu d'aquesta creixent intervenció en la maternitat és el fet que l'augment del nombre de treballadors, juntament amb la tornada dels homes a la fàbrica i al camp, va desencadenar una «ofensiva ideològica» amb l'objectiu de fer tornar les dones a la llar. La construcció per part de tot un seguit d'agents de la identitat de dona en tant que és mare mereix una atenció especial.

En aquesta construcció s'observen dos processos que semblen contradictoris. En primer lloc, ens trobem amb una progressiva revaloració del treball domèstic, acompanyada d'una nova definició del rol de mare, basat en la seva adscripció a l'espai domèstic. Es tracta de presentar «la tarea de la mujer como lo más notable de las carreras» (Sohn, 2000, p. 131), com aquella que fa possible la continuació i, per què no, el millorament de la nació. A més a més, calia «asentar la maternidad como base esencial de la identidad cultural de la mujer» (Nash, 2000, p. 688), és a dir, no només afirmar que la maternitat era la tasca més important, sinó també l'única a la qual les dones podien aspirar. En altres paraules, es redefinirà la identitat de gènere a partir de la construcció social de la identitat de mare.

Aquests discursos rodejaren les dones des de totes bandes, i es posaran en marxa tots els recursos de què disposa l'aparell ideològic: escoles, clubs femenins, revistes, diaris, novel·les, política, ciències socials, església i un nou agent que entrarà en escena, la medicina: «a partir de los años veinte la clase médica jugó un papel decisivo en la configuración de las pautas culturales y la normativa que definen la identidad cultural de la mujer y su función como madre» (Nash, 2000, p. 689). El discurs provinent de la medicina resultà ser el complement laic perfecte per a la tradicional legitimació religiosa que començava a despertar massa sospites entre alguns sectors.

El discurs mèdic i científic (amb un fort poder de legitimació) defineix sobretot quines són les necessitats dels infants, fet que porta inherent una idea de mare: una total i permanent disponibilitat envers els fills, la qual cosa fa molt difícil compatibilitzar la maternitat amb un treball fora de casa, «la puericultura bajo control médico es una auténtica devoradora de tiempo. Sin embargo, las madres se pliegan a ella, y la natalidad exigua favorece una dedicación de tiempo mayor para una cantidad cada vez menor de hijos» (Sohn, 2000, p. 142).

Amb l'expansió de la medicina, la cultura mèdica tradicional en relació amb la cura, basada en l'experiència transmesa de generació en generació, i que estava en mans de les dones, passà a ser desvalorada: «la maternología representó la pérdida de validez de la experiencia biológica maternal y su asignación a conocimientos científicos ajenos procedentes de profesionales de la medicina, en su vasta mayoría varones» (Nash, 2000, p. 696). El fet que la medicina i la ciència en general fossin un terreny predominantment masculí ens explicarà com, en un context social androcèntric, la cultura tradicional femenina acabà per ser subordinada a la cultura científica masculina.

Així, ens trobem que des del discurs mèdic es culpabilitza les dones de la mortalitat infantil i se les acusa de la seva ignorància i de posar en pràctica coneixements basats en supersticions i falses creences (Sohn, 2000). Nash coincideix bàsicament amb aquesta conclusió quan afirma que aquest fet «tuvo como consecuencia el progresivo desplazamiento de las mujeres a un plano pasivo secundario como nuevas receptoras de estos conocimientos científicos maternales ya no procedentes de la tradicional sabiduría femenina» (Nash, 2000, p. 695).

En conclusió, a les societats occidentals s'ha esdevingut la confluència de dos factors: d'una banda, l'auge de les ciències de la salut i la seva aplicació en les tasques lligades a la procreació. I de l'altra, la desvaloració dels coneixements tradicionals de la cura social. Sembla bastant cert que la creixent legitimació social de la ciència ha causat l'arraconament dels coneixements tradicionals. En conseqüència, s'ha produït un canvi en el *qui* s'encarrega de la procreació, en el *com* es realitzen les tasques lligades a la procreació i en l'*on* es transmeten els coneixements de dites tasques.

2.2. La procreació com un procés tecnològic: el coneixement sanitari científic substitueix el coneixement tradicional de cura

El procés de procreació és un procés que va des de l'embaràs, el part i la lactància fins a la creixença de l'infant. Podem analitzar la

procreació com un treball en la mesura que requereix una despesa d'energia i en la mesura que aquesta despesa crea o produeix alguna cosa anteriorment inexistente. Per tant, podem analitzar aquest procés de treball: assenyalar els diferents punts en els quals s'exerceix control; qui i com distribueix socialment les responsabilitats respecte de totes les activitats que constitueixen el procés reproductiu/productiu; qui s'atribueix capacitat decisòria, i qui i com crea sancions materials i ideològiques de coerció. Es pot, en definitiva, estudiar la gestió de la reproducció i allunyar-nos d'una perspectiva excessivament «natural» de la procreació.

Les diferents etapes que conformen el procés de la procreació, des de l'embaràs fins a la creixença de l'infant, estan afectades pel control de la institució sanitària. En el següent apartat es mostra l'efecte de la *medicalització* en les diferents etapes de la procreació, segons l'antropòloga Susan Narotzky (1995).

2.2.1. *L'embaràs i el part*

La progressiva *medicalització* de l'embaràs i de la cura prenatal ha suposat la pèrdua de control per part de les dones sobre el procés d'embaràs. Els criteris i judicis de la mare sobre el seu estat són automàticament descartats mitjançant criteris «científics».

En el part, el context hospitalari situa la partera en una situació de delegació forçada del control i de les decisions sobre el procés de treball. La gestió del part està en mans del metge o la metgessa i només l'execució recau en la partera. En les societats occidentals, el control sobre el nascut correspon a la institució hospitalària i als professionals mèdics, no als pares, i, per descomptat, no a la mare, a qui en molts casos es protegeix d'una realitat problemàtica. És la institució hospitalària la que disposa el que es fa amb el nadó durant les seves primeres hores de vida, si se'l separa o no de la mare, quan se li dona de mamar, quan es reben visites, etc.

2.2.2. *La lactància*

En l'àmbit *medicalitzat* de la procreació en els països industrialitzats, la lactància ha passat a ser regulada des del primer moment pels especialistes. El moment de la primera presa, el nombre de preses el dia, la duració, l'interval que les separa, la introducció o alterança artificial, el moment i la manera d'introducció d'aliments substitutoris són controlats per infermeres, pediatres i, fins i tot,

pels governs. El control generalitzat de la lactància des del seu inici per part d'experts mèdics és un fenomen que s'ha de lligar a l'expropiació de la saviesa i capacitat decisòria de les mares (i altres dones que puguin aconsellar guiades per la seva experiència) i el creixement d'una indústria poderosa d'aliments infantils.

Aquesta descripció del procés procreatiu més general en les societats occidentals permet inferir que és important distingir, en tot moment, la tecnologia del seu control, la informació de la seva comprensió i, en definitiva, situar el procés de procreació i les seves seqüències en el context històric i social en el qual es realitza. Darrerament, la *medicalització* de la maternitat s'ha de situar en un context de feminització de la professió mèdica, i especialment de la pediatria.

2.3. Feminització de la pediatria

En el camp de la professió mèdica és suggeridora la frase de Maruani: «tres pasos adelante, dos pasos atrás» (Maruani, 2000, p. 15). Positiu: alguns avanços recents apareixen com a grans transformacions amb vista al futur. Les dones han fet saltar els cadenats ben protegits de professions considerades en altres temps com a feus masculins. La incorporació de les dones a la medicina⁴ ha transformat la professió. Mentre que a la dècada dels anys seixanta del segle xx el personatge central de les professions de l'atenció a la salut era masculí, en els darrers anys les dones s'han concentrat en la medicina hospitalària, la medicina d'equip i també la medicina especialitzada.

Negatiu: en el mateix àmbit mèdic resulta summament simbòlic que totes les investigacions punteres estiguin dirigides per homes (Baudelot, 2000, p. 402). En la investigació, la presència de la dona és comparativament inferior a la que li pertocaria segons l'estimació estadística global. Una de les explicacions és la necessitat de les metgesses de conciliar vida laboral i vida familiar; una necessitat que els homes eludeixen. Una altra explicació és que moltes residents no es plategen dedicar-se a la investigació ja que en el seu imaginari social donen per descomptat que és una tasca masculina. Les dones s'orienten més cap a les activitats clíniques i d'efectes pràctics a curt termini. En tot cas, l'autèntic problema és que la dona tampoc no ha arribat als llocs clau, aquells des dels quals pot exercir la funció exemplificadora del model (Martínez, 2004, p. 132).

4. Des de 1990, un de cada dos metges és dona (L. Martínez, 2004).

La forta presència de les dones ha modificat la percepció del públic sobre la relació entre el gènere i la professió. D'una banda, els pacients valoren en determinades especialitats (ginecologia, psiquiatria) la possibilitat de dialogar amb un metge del seu mateix sexe. En contrapartida, els clixés són persistents, i molts pacients confonen el rol de la metgessa. Sovint, no es percep la metgessa com una científica de la salut, sinó com una persona amb acumulació de coneixements de «cura» tradicionals. De fet, les dones metgesses es diferencien dels homes en el seu exercici professional, ja que tenen més present la vida quotidiana dels pacients. Per exemple, sovint una metgessa creurà que és molt important que quan un malalt rep l'alta vagi a un centre sociosanitari, perquè no està en condicions d'anar a casa seva si viu sol. L'efecte col·lateral d'aquest tracte és que els pacients confonen el rol de la metgessa. L'aire d'informalitat de la relació fa que se la percebi com a algú de la família o amistat a qui es consulten problemes de la *cura social* més que consultes mèdiques de caràcter científic. Per tant, el que està succeint és que la medicina és una professió que ja no només té a veure amb la tècnica, sinó que també és un treball domèstic (Fraisie, 2000, p. 230) en tant que té molt present aquesta esfera i respon als problemes que s'hi esdevenen.

En conclusió, el caràcter de la professió mèdica ha canviat, en tant que és molt més pròxim a la vida quotidiana de les persones. Les causes un altre cop són difícils d'identificar: o bé la feminització de la professió mèdica ha comportat l'absorció de la responsabilitat de la *cura social* perquè el personal sanitari ho ha propiciat, o bé els i les pacients han atribuït les responsabilitats de cura al personal sanitari perquè són dones les qui ocupen aquestes professions. En tot cas, el que sí que sembla cert és que aquesta transformació de la medicina constitueix el símptoma d'una mutació de caràcter més ampli: la reconstrucció d'una articulació entre allò privat i allò públic.

És difícil dir si aquesta nova dimensió social de la medicina perjudicarà o no les dones. El que sembla bastant evident és que està perjudicant les metgesses perquè, d'una banda, aquestes dones han fet una inversió en capital humà (McConnell i Brue, 1997) molt important⁵ per estar donant resposta a problemes que es resolen amb els coneixements de cura tradicionals. Com expressa Borderías (1995, p. 60), en aquest context, les dones viuen una situació d'*ambigüitat* en el seu treball per les contradiccions generals que suposa la inserció en la lògica productivista del mercat de les qualificacions i la rea-

5. Sis anys de carrera acadèmica, més el MIR, més quatre anys d'aprenentatge de l'especialitat.

lització de tasques en l'àmbit laboral que estan bàsicament orientades a la satisfacció de necessitats, als treballs de cura i a les relacions afectives.

I de l'altra, les metgesses es veuen exposades a una sobrecàrrega de treball ja que els casos de malaltia que sí que requereixen una resposta i una acció relacionada amb els coneixements científics i sanitaris segueixen corrent al seu càrrec. Per tant, tot apunta que s'hauria de potenciar la figura d'un professional encarregat de donar resposta a les qüestions relacionades amb la *cura social*.

3. Canvis en la transmissió de coneixements de cura

Per analitzar els canvis en la transmissió de coneixements de cura, es parteix d'un esquema explicatiu que permet donar compte de la complexitat del fenomen. Cal tenir present les diferents vies d'obtenció de competències i coneixements de cura. Aquestes vies són, en primer lloc, la transmissió familiar i els serveis sanitaris i, en segon terme, consells d'altres persones o bé consells obtinguts a través de vies no personals, com ara llibres o revistes. Per entendre com operen aquestes diverses vies de coneixement, cal tenir en compte que els hàbits de cura no són homogenis, sinó que presenten diferències segons la classe social, l'edat i l'ètnia.

La hipòtesi de partida és que darrerament s'està produint una major transmissió de coneixements de cura dels infants per part del sistema sanitari, en detriment de les dones de la família. Hi ha diversos motius que poden explicar la pèrdua de la transmissió de coneixements de cura entre generacions. D'una banda, s'ha vist reduït el nombre de fills i filles, per la qual cosa l'experiència de les mares és menor. I de l'altra, s'han produït canvis en la socialització de gènere, envers un model d'igualtat de caire productivista, que resta valoració a les tasques domèstiques i de cura. A més a més, el coneixement sobre la cura varia al llarg del temps, fet que provoca que molts dels coneixements anteriors quedin desfasats temporalment.

Si l'erosió de la via familiar d'obtenció de coneixements de cura explica en part el major paper del sistema sanitari, en concret de la pediatria, també cal tenir en compte la progressiva medicalització de la maternitat per entendre el major protagonisme de l'atenció mèdica. El coneixement mèdic es dota de gran legitimitat que ha produït una certa taylorització de la cura.

Finalment, hi ha altres elements que influeixen en la creixent aportació de coneixements de cura per part del sistema sanitari. Cal

tenir en compte l'accessibilitat dels serveis sanitaris, la feminització de l'atenció pediàtrica i la sobreprotecció de l'infant, vinculada a la reducció del nombre de fills i filles.

Una de les conseqüències del protagonisme adquirit per la pediatria en els hàbits de cura és la sobrequalificació de les pediatres, que es manifesta en el fet d'haver de fer front a consultes que no els competeixen. Una altra possible conseqüència és la manca de temps per atendre correctament les visites, fet que pot generar una sèrie de necessitats de cura no ben ateses.

A partir d'observacions a tres consultes pediàtriques del CAP de Barberà del Vallès i d'entrevistes a cinc mares que assisteixen a les consultes i a tres pediatres del mateix centre, es pretén donar contingut a tot aquest seguit d'elements que intervenen en el procés d'adquisició de coneixements de cura i copsar les tendències al canvi.

3.1. L'obtenció dels coneixements de cura

El procés de cura dels infants, lluny de ser una activitat innata, és cultural i socialment après. Per tant, les fonts de coneixement són també diverses i variables al llarg del temps. Actualment les principals vies d'adquisició de coneixements de cura són la família i la pediatria, que actuen de manera complementària. En segon terme hi intervenen les amistats i altres vies no personals, com ara llibres o revistes.

Recórrer a l'ajuda i els consells de les mares és un fet que es repeteix en moltes dones en el moment de tenir fills o filles. Aquesta ajuda es complementa amb l'assistència als serveis de salut (pediatria); la família tendeix a ser la primera opció de consulta i, en el cas que el problema s'agreugi, es recorre a l'atenció mèdica.

La desaparició de la família extensa, en el sentit de cohabitació de tres generacions, dificulta la transmissió de coneixements del treball domèstic i familiar de mares a filles. D'altra banda, els coneixements que aporten les dones d'anteriors generacions esdevenen ràpidament obsolets. Tot plegat dona més pes a l'atenció sanitària i, tal com reconeix una de les pediatres entrevistades, «les consultes es prodiguen».

És clar, la meva mare m'explicava coses d'ella, del seu temps, i, és clar, jo deia «no, això no», perquè ara ha canviat... Ella insistia, insistia. Ella et deia «pues esto hazlo porque...». Però sempre et queda aquesta cosa de «i si al nen no li va bé?». Suposo que és l'instint de la mare, no?

Que dius, encara que ho digui la meva mare, *pues no estoy de acuerdo* (mare de quaranta anys, mestressa de casa).

Les dones de classe treballadora han adquirit uns coneixements de manera implícita, en la seva socialització diferencial de gènere, a través de la realització de les tasques domèstiques i veure-les fer, més que no pas preguntant. Per tant, en el moment de ser mares, encara que no rebin cap consell ni ajuda, estan més preparades per assumir la cura dels infants. Això és percebut com un avantatge respecte de les mares que no han hagut de fer treball domèstic de petites, les quals tindran més problemes i preocupacions envers la cura dels fills i filles, i probablement faran un major ús dels serveis sanitaris.

A ver, no era muy sufridora. He crecido que yo me he resuelto todos los problemas, o sea, sabía muy bien lo que los niños a veces tenían y que no era un problema para llevarlos a los médicos, cosa que ahora no pasa. Por cualquier cosa se encuentran un problema y van al médico. Esto se hace porque estos niños han estado muy protegidos y no han vivido las experiencias que yo he vivido (mare de cinquanta-cinc anys, mestressa de casa).

A l'hora d'obtenir coneixements de cura, la pediatria hi té un paper molt important. De fet, s'ha creat una programació de les tasques de cura, amb unes directrius estipulades, uns passos a seguir, uns horaris i un calendari, i la pediatra o la puericultora s'encarrega de controlar que totes aquestes tasques de cura, prèviament estipulades, siguin acomplertes.

També es reparteix un tríptic elaborat per la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya als pares i mares sobre la prevenció de riscos d'accidents infantils. Com diu Narotzky (1995, p. 68) no només la sanitat intervé en els hàbits de cura dels infants, sinó també els mateixos governs.

Com a conseqüència d'aquesta programació dels hàbits de cura dels infants, les pediatres donen explicacions de qüestions molt bàsiques de la cura, que queden força distanciades dels coneixements purament científics de la medicina. Qüestions sobre com el nadó ha de prendre la fruita, la quantitat de roba que ha de dur, la posició en què ha de dormir... Es tracta d'aspectes de la maternitat que no els va descobrir la medicina, sinó que són els hàbits de cura de moltíssimes generacions de dones. Hàbits que abans es transmetien de mares a filles (amb infants a càrrec) de manera oral i visual, i ara en menor grau. Actualment, sobretot es transmeten a través de la professió mèdica, primer de professorat a estudiant en les facultats de medicina i, després, de metgessa a pacient.

En tercer lloc, els coneixements de cura dels infants també s'adquireixen a través dels consells que donen les amistats, concretament les amigues de la mare, fet que ens acostava al concepte de *cultura femenina* o *producció femenina*.

De totes maneres, els consells que provenen de les amigues o d'altres mares no gaudeixen del mateix prestigi que poden tenir les recomanacions de la pediatra o de les dones de la família. Fins i tot, es pot arribar a considerar que les amistats no tenen dret a donar consells, la qual cosa ens situa en una concepció de la cura dels fills o filles com a assumpte privat —en el sentit de la *privacy* que caracteritza l'esfera domèstica— on no tothom pot interferir.

En següent lloc, cal tenir en compte l'ús de llibres o de revistes. No obstant això, la legitimitat d'aquests coneixements és escassa i el seu ús es restringeix a consultes puntuals i aclariments. No són una font principal ni completament fiable d'adquisició dels coneixements de cura dels infants.

Finalment, cal considerar el paper que tenen els pares en l'aportació de coneixements de cura. Els homes participen en menor o major grau en les tasques de cura dels fills i filles, però no participen generalment en les decisions que concerneixen la cura, la qual cosa fa que les mares se'n responsabilitzin plenament. En el cas que la dona sigui mestressa de casa, el motiu que justifica que no es comparteixi la cura dels infants és que l'home treballa remuneradament i, per tant, disposa de menys temps per dedicar-se a aquestes tasques. No obstant això, queda sense explicar per què elles van abandonar la seva ocupació.

L'argument de les dones que treballen assalariadament se centra en el fet que algunes mares no volen compartir la cura dels fills; no volen renunciar al seu privilegi, encara que els suposi inconvenients amb vista al treball assalariat. No obstant això, el problema no és només que les dones no vulguin cedir, sinó que els homes tampoc no volen assumir la cura dels fills o filles.

Les dones som molt egoistes i pensem que el que fem nosaltres és el millor. Són les nostres decisions i, a vegades, se'ls hauria d'escoltar més [als pares]. No els pots exigir allò que tu després no els dones llibertat per fer. A vegades els treus aquesta llibertat tu mateixa. Com a mínim en el meu cas, sóc molt dominant, és el meu caràcter. I llavors ells també es repengen en això. La contrapartida és que ells després es repengen en això... (mare de trenta-cinc anys, administrativa).

La majoria dels pares col·laboren en la cura, però no hi pensen ni assumeixen responsabilitats sobre aquest aspecte. Fins i tot, hi ha pares que assisteixen a la consulta pediàtrica sense conèixer els

síntomes de la malaltia de l'infant o els medicaments que s'ha pres. O sigui, són ells qui porten l'infant al metge, però és la mare la que ha decidit que cal que el visiti la pediatra.

La mare sempre sap si ha tingut diarrea, si ha pres un antitèrmic, quin ha pres... Això ho sap la mare. El pare, n'hi ha que sí i n'hi ha que no: «le hemos dado algo pero yo no sé, esto es mi mujer, ella sabe y yo no sé». I la mare pregunta més coses. A vegades el pare és més «tiquis miquis» i «quisquillós», però en general és més la mare la que sap (pediatra del CAP Barberà del Vallès).

El fet que les decisions de la cura siguin compartides entre la mare i el pare fa que els coneixements sobre la cura puguin ser contrastats i les incerteses o els dubtes se solucionin amb més facilitat. En el cas contrari, si la mare es troba sola en les decisions que concerneixen la cura dels fills o filles, es veu amb més necessitat de recórrer a altres fonts, ja sigui la pediatra, altres familiars o, en menor grau, revistes o llibres.

3.2. Variacions per classe social i ètnia dels hàbits de cura

La identitat de mare fa referència a l'estructuració de les dones de la seva pròpia identitat femenina (entesa com un element de subjectivitat, de sentiment i autopercepció) sobre la base del rol de mare. S'arriben a naturalitzar certs coneixements, qualitats o actituds apresos socialment, com ara el fet de tenir paciència, ser més receptiu, etc. Fins i tot, algunes de les dones entrevistades ho atribueixen a l'«instint de mare». També es posa en relleu, per part de mares i pediatres, que el fet que metge i pacient siguin dones (i, per tant, mares) fa que hi hagi més complicitat, possiblement perquè comparteixen unes cultures similars.

Alguna vegada que l'he portat a urgències m'ha tocat un home i, per mi... és igual. Però potser amb una dona tens més confiança, perquè pots parlar més de mamàs (mare de quaranta anys, mestressa de casa).

De totes maneres, aquesta cultura femenina presenta diferències que es manifesten en els diferents usos dels serveis pediàtrics, i és l'origen ètnic la variable que més es destaca com a estructuradora d'aquests usos diferents.

Jo crec que, en general, consulten menys [els immigrants]. Hi ha els sud-americans que són més consultants perquè tenen un nivell cultural

més alt i tenen més preocupació per la salut. Els sud-americans són més demandants. Els magrebins solen ser més desorganitzats i vénen a *salto de mata*, els has de frenar més, els has de dir no, hi ha uns horaris, aquestes hores... Generalment veus que s'integren més, a part dels sud-americans que ho tenen més fàcil, els subsaharians. Fan més esforços per integrar-se a la societat les dones subsaharianes que no pas les marroquines, que estan molt més tancades a casa i sempre vénen amb el fill gran o amb una veïna... o amb el pare, que fa d'interlocutor. Costa molt que aprenguin la llengua (pediatra del CAP Barberà del Vallès).

Les famílies immigrants recorren menys a l'atenció sanitària a causa de factors socials, com ara els canvis freqüents d'habitatge, i de diferències culturals, que també estan lligades a comentaris en la línia de donar explicacions psicològiques («maneres de ser») i, per tant, que naturalitzen: gent deixada, incomplidora, etc.

Si l'ús dels serveis pediàtrics no és homogeni, tampoc no ho són les maneres de tenir cura dels fills i d'educar-los. Les pediatres fan una distinció clara entre els hàbits autòctons i els que no ho són, de manera que es posa de manifest que la identitat de mare no és homogènia a totes les dones, sinó que varia segons l'origen geogràfic.

Entre les pediatres hi ha una valoració positiva d'aquells hàbits que elles comparteixen, com a dones i com a metgesses. En canvi, els altres hàbits són penalitzats i explicats com el resultat d'una deficiència: manca de control o d'interès.

Les pediatres coincideixen que hi ha diferències en els hàbits de cura segons el nivell cultural. Com més alt és el nivell cultural, major és l'interès per la cura dels infants, tot i que sempre hi ha casos que no segueixen aquesta regla.

Si actualment les pediatres, com a mares, valoren la relació propera entre mare i infant, també reconeixen que històricament no sempre ha estat així, fet que evidencia que els hàbits de cura difereixen al llarg del temps. En definitiva, es posa de manifest que la identitat de la mare varia segons la procedència, el nivell cultural i el moment històric. Molt possiblement, la classe social és un altre factor important per entendre les diferents cultures femenines.

3.3. Pèrdua de competències de cura

Les pediatres coincideixen que hi ha una manca de competències de cura que fa dependre en excés els pares i les mares dels serveis pediàtrics. S'ha produït una pèrdua de coneixements respecte d'anys enrere; les mares tenen menys experiència, menys informació i menys recursos. Davant d'això, les pediatres reclamen la necessitat

d'una major autosuficiència en la cura, de manera que l'ús de l'atenció mèdica es restringeixi a aquells casos de malalties greus.

Teòricament sembla que ara hi hagi més cultura, però estan més desinformades les mares que em trobo ara que les de fa anys. Per exemple, la meua mare tenia més recursos davant una diarrea i aquí et vénen nans que tenen diarrea i, per exemple, els estan donant suc de taronja, Colacao... Els donen una dieta normal, quan jo recordo, vull dir sense fer medicina, jo sé el que s'ha de prendre davant una diarrea, perquè la meua mare ja em deia «has de prendre això, això i això». O sigui, penso que les mares d'ara tenen pocs recursos (pediatra del CAP Barberà del Vallès).

Això evidencia que els coneixements de cura no són innats en les dones, sinó que requereixen un procés d'aprenentatge, fins al punt que una de les pediatres posa sobre la taula la necessitat que aquest coneixement es deixi d'adquirir de manera implícita i privada, per tal que sigui transmès de forma pública i explícita, com pot ser una escola de pares i mares.

Per entendre aquesta pèrdua de coneixements de cura cal tenir en compte una sèrie de factors. Les competències de cura que tenen les dones estan relacionades amb el nombre de fills o filles que han tingut, de manera que les dones que tenen més fills disposen de majors coneixements de cura dels infants. La cura d'un segon fill o filla resulta sempre més senzilla.

Quan vénen els pares amb el primer nadó l'actitud que tenen és totalment diferent, els veus entrar amb una sèrie de dubtes. Quan tenen un segon fill, aquests dubtes ja estan molt més distesos i és diferent. Van bastant desorientats al principi (pediatra del CAP Barberà del Vallès).

Les pediatres coincideixen a vincular el fet que les dones tinguin pocs fills a la manca de coneixements de cura i, per tant, a la major dependència de la pediatra. A més, el fet que es tinguin pocs fills va lligat al fet que creixi la preocupació per aquests, la qual cosa fa que es consulti més sovint la pediatra.

Quan tingui un altre fill ho viuré d'una altra manera. O sigui, jo a casa meua, que si a la nit no es posava la tele, perquè no el molestés el soroll i ara, en canvi, ho faria diferent (mare de vint-i-dos anys, perruquera).

És a dir, per qualsevol de les dues vies, manca de coneixement i experiència, o bé sobreprotecció del fill o filla, el resultat és que hi ha

un major ús dels serveis pediàtrics respecte de fa vint anys, com confirma una de les pediatres entrevistades.

Els coneixements relacionats amb la cura dels infants estan vinculats a l'època en què es produeixen. De manera que el fet que els coneixements de cura variïn amb el temps és un factor que fa que a les dones que tenen fills amb gran diferència de temps no els serveixi l'experiència adquirida. Si tenir pocs fills és un desavantatge per a l'adquisició de competències de cura, també ho és el fet de tenir-los molt espaiats.

La variació del coneixement amb el temps també provoca que allò que les àvies o mares transmeten a les filles perdi valor o certesa. I no només el coneixement tradicional és caduc, sinó també el mateix coneixement mèdic, el qual va canviant no només segons les noves investigacions, sinó també segons els interessos comercials.

Un factor rellevant que explica l'erosió de competències de cura són els canvis en la socialització de gènere. La generació de dones d'entre trenta i cinquanta-cinc anys ha socialitzat o socialitza les seves filles en la importància de l'educació formal. Aquest fet que avui es considera «normal» i generalitzat reflecteix un trencament important respecte de la generació anterior de dones, que va tenir dificultats per adquirir una formació, sobretot les de classe treballadora. I encara està més lluny la generació de les àvies que, sobretot si eren de classe treballadora, només van adquirir una formació en les tasques de la reproducció, com ara la costura.

El treball domèstic queda relegat a un segon pla davant dels estudis, fet que significa que les mares realitzen, en alguns casos, un excés de treball domèstic. Concretament són les mestresses de casa les que se sobrecarreguen de treball domèstic per tal de garantir la plena disponibilitat en els estudis de les seves filles. La formació és vista com una via d'ascens social individual, que passa pel treball assalariat de la dona, sense estar mediat pel matrimoni, la qual cosa implica apostar per un model d'igualtat entre homes i dones centrat en el treball assalariat de les dones.

Les dones de més edat han viscut el matrimoni com una obligació, mentre que el treball assalariat ha estat un desig o una necessitat. Elles mateixes reflecteixen com ara aquests conceptes han canviat; socialitzen o han socialitzat les seves filles en una concepció del matrimoni com a opció. El matrimoni ha deixat de ser un imperatiu per a les dones, mentre que els estudis i el treball assalariat s'han convertit en la seva nova obligació. De manera que les dones, com a agents de la reproducció social, estan actuant en aquest cas com a agents de canvi sociocultural.

Yo les decía que no se han de casar porque sí. Porque la meta cuando yo era niña, esto sí, en el ambiente familiar, te tenías que casar y si a los veinte años todavía no tenías novio y no te habías casado, pues ya eras un poco... Te miraban un poquito, a ver qué pasa. En cambio yo para mis hijas no encuentro que el matrimonio sea lo más importante. Casarse, si se han de casar, es porque ellas quieren, no porque sea una obligación (mare de cinquanta-cinc anys, mestressa de casa).

Aquests elements crítics respecte del model tradicional de divisió sexual del treball difereixen segons l'edat i, possiblement, la classe social. Les mares de mitjana edat i de classe treballadora posen més èmfasi a dirigir el futur de les seves filles. Tenen clar quin futur desitgen per a elles, dins el qual ressalten la importància de la formació i del treball assalariat, el qual es tradueix en independència personal.

En canvi, les mares més joves no volen marcar el futur de les seves filles i donen més importància al fet que aquestes lliurement escullin el que volen fer. No obstant això, per tal que aquesta opció sigui realment lliure, cal que totes les possibilitats estiguin obertes, i, per tant, no restringir el seu camp d'acció. És a dir, la formació i el treball assalariat han d'estar dins el camp d'oportunitats.

Per tant, trobem dos models diferents de socialitzar en el trencament del paper restringit i subordinat de la dona en la divisió sexual del treball: un de manera més directiva i l'altre de manera més oberta, però sempre des de la importància dels estudis i del treball assalariat de les dones.

Com a conseqüència, el treball domèstic i reproductiu ha perdut rellevància. El treball domèstic es percep com un deure; és un treball necessari, però no és una feina gratificant, fet que contrasta amb la valoració positiva del treball assalariat. És un treball que no vol fer ningú, però són les dones les que es carreguen el major volum de treball domèstic i de la seva organització. La resta de la família ajuda en major o menor grau.

Cal destacar que s'entén el treball exclusivament com a treball assalariat; el treball domèstic no és reconegut com a treball.

Potser ve el meu marit de treballar i jo sóc la primera que, siestic a casa i no treballo, no li diré al meu marit que faci les feines de casa, perquè ell ve de treballar. Si ell em pot ajudar, *vale*. Quan feia poc que estàvem casats i tots dos treballàvem, ho fèiem tots dos. Però, és clar, ara amb els nens i jo no treballo, ell ve cansat. Si ell està treballant, doncs, és clar que no pot venir i fer la feina si jo estic a casa (mare de quaranta anys, mestressa de casa).

També cal fer referència al fet que hi ha mares que consideren important ensenyar als seus fills o filles les tasques domèstiques, per tal que siguin autosuficients, mentre que d'altres pensen que no és necessari i opinen que ja ho aprendran amb el temps.

3.4. Major aportació per part del sistema sanitari de coneixements de cura

La pèrdua de competències de cura es tradueix necessàriament en una major utilització dels serveis de pediatria per resoldre aquests dèficits. No obstant això, aquest no és l'únic factor que explica el major ús de la pediatria entre les actuals generacions de pares i mares.

D'entre totes les fonts d'on les mares poden extreure coneixements sobre com prendre cura dels fills i filles, la que té més legitimitat és la mèdica, en concret, la que prové de la pediatra. Davant d'aquesta autoritat, hi ha actituds d'inseguretat per part de les mares i pares i en alguns casos s'arriba a l'extrema dependència, de manera que al menor contratemps es recorre a la diagnosi de la pediatra. Hi ha manca del que es podria anomenar *esperit crític* envers les pediatres. No es discuteixen els seus consells ni els seus coneixements perquè es considera que les pediatres, en aquest terreny, ho saben tot i sempre tenen la raó.

L'autoritat que exerceixen les pediatres també es manifesta sobre els infants. Els pares o les mares recorren a aquesta autoritat per poder incidir sobre els seus fills o filles. Així, per exemple, les mares demanen a la pediatra que recomani a les seves filles que no mengin croissants o que facin esport, perquè la veu de la pediatra serà més escoltada.

La pediatria contribueix a la construcció d'una «mare tayloritzada», en el sentit que la cura dels fills i filles, igual que ja s'havia fet anteriorment amb les tasques domèstiques més mecàniques, com ara la neteja o el cuinar, s'ha racionalitzat en detall. Hi ha una fragmentació de les tasques de cura que expropia les dones d'un coneixement global de les tasques de la maternitat.

Un cop neix el nen o la nena ha de seguir un programa de revisió anomenat «Nen sa», que estipula el mètode de cura correcte dels nens i nenes. Per tant, es podria parlar de l'existència d'una organització científica de la maternitat.

La feminització de la pediatria és un altre dels factors que poden haver incidit en la major dependència respecte dels serveis mèdics en l'adquisició de competències de cura dels infants. Es pot parlar d'una feminització de l'atenció primària en pediatria i d'una masculinització de l'atenció hospitalària.

Es manifesta una clara preferència per part de les pediatres per exercir al centre d'atenció primària (CAP) en comptes de fer-ho a l'hospital. Treballar a l'hospital requereix treballar en horari de jornada completa, més una guàrdia per setmana (a les nou del matí s'entra a treballar i no se surt fins a les dues del migdia del dia següent). En canvi, el centre d'atenció primària permet treballar en horari de jornada a temps parcial, fet que facilita la compatibilització de la vida familiar i la vida laboral.

Les dones pediatres també prefereixen els CAP perquè s'orienten més cap a les activitats d'efectes pràctics i amb major contacte amb la persona atesa. Les metgesses tendeixen a fer aquella part de la medicina que està més pròxima a la quotidianitat de les persones, és a dir, tots aquells aspectes de la salut que requereixen una constància, un tracte diari i una relació amb els pacients de molts anys —en el cas de la pediatria, un coneixement de l'infant des que neix fins que és adolescent.

Estic encantada de ser pediatra d'ambulatori, perquè veus que els teus pacients són els teus pacients. Coneixes les mares, hi ha com un diàleg i hi ha una comunicació, coneixes aquella família. Aquí el contacte és més familiar, les mares et consulten perquè el nano té algun problema, fins i tot de vegades coses personals. I sembla un consultori, perquè no és només la malaltia, sinó tot, l'entorn, etc. (pediatra del CAP Barberà del Vallès).

En el tracte de dona a dona es crea una relació més equilibrada entre metge i pacient. El paper del personal sanitari ja no és només una autoritat que imposa, sinó també un servei que està pròxim a les persones.

Aquest canvi és fruit tant de la percepció de la població com de la manera com les professionals mèdiques realitzen la seva tasca. Les metgesses no es limiten a exercir la professió mèdica, sinó que volen adoptar el paper d'«educadores socials». A més, es genera una relació d'empatia entre la mare i la pediatra, en tant que aquesta última no és vista exclusivament com a metgessa, sinó també com a mare, a la vegada que la pediatra també adopta conscientment el rol de mare, fet que facilita aquesta relació de confiança entre ambdues dones.

Penso que avui dia hi ha més dones pediatres que no pas homes. Penso que fins i tot la dona, com a mare potencial, potser té més sensibilitat per abordar els problemes de les mares i dels nanos. Això no vol dir que els pediatres no siguin... Però aquesta sensibilitat que tenim potser les dones, etc., jo crec que ens va bé (pediatra del CAP Barberà del Vallès).

Per tant, en l'exercici de la professió, la pediatra dóna continuïtat entre els coneixements de cura tradicionals i els coneixements de les ciències de la salut.

L'accessibilitat dels serveis sanitaris també ha influït en el major ús dels serveis de pediatria. Fins i tot hi ha pediatres que consideren que la població fa un abús de l'atenció primària perquè és un servei gratuït. Els pares i mares tenen poca paciència, no s'esperen a deixar que les petites malalties com ara la febre per causa d'un virus o les irritacions de la pell facin el seu propi curs. Com que no els comporta una despesa econòmica i no els suposa una pèrdua de temps gaire considerable, porten l'infant «per menys de res».

La demanda és per l'accessibilitat que hi tenen: demanen hora i són atesos quasi bé al moment; és un servei gratuït, entre cometes, perquè no han de pagar res; se'ls ha promocionat molt que vinguin per qualsevol cosa, sobretot pels mitjans de comunicació i des dels serveis polítics, que l'usuari, el pacient o el client, sempre té la raó i molts drets i pocs deures. Llavors se'n fa una mala utilització, «así me quedo más tranquila», aquest granet, per si un cas..., una mica de tos per si de cas... (pediatra del CAP Barberà del Vallès).

En darrer lloc, cal tenir present que ha augmentat la preocupació pels fills o filles, possiblement a causa de la reducció de la natalitat i a causes de tipus cultural i, per tant, es recorre molt més a les visites al pediatre. Hi ha una sobreprotecció dels fills que fa que tot hagi d'estar sota control.

El control mèdic dels infants, quasi tayloritzat, ha arribat a ser adoptat per les mateixes famílies. Això es tradueix en un control de la salut de l'infant que a les pediatres els arriba a semblar excessiu. Es destaca que acudeixen al metge per motius pels quals no haurien d'estar preocupats.

Com que vivim en un món on sembla que s'ha de controlar tot, excepte les emocions i la mala llet, doncs llavors vols tallar el problema d'immediat. Has d'explicar a la gent que les coses tenen una evolució i que vénen massa aviat, que el 37,3 no és res. La gent ho vol tenir tot molt controlat, coses que depenen dels altres, moltes vegades. Els nens han de seguir una evolució, però si el noten calent quan surten de l'escola ja te'l porten, sense passar per casa, posar-li el termòmetre i comprovar si té febre. Això, un nen de sis, set, vuit, nou anys. El normal seria que el portessis a casa, que miressis si té febre, si en té, que li donessis un antitèrmic. O sigui ja no passen ni per casa, aquesta cosa d'«anem ja al metge» (pediatra del CAP Barberà del Vallès).

La major part de consultes que es realitzen a les pediatres responen a qüestions que elles mateixes qualifiquen de *banals*. Per tant, no requereixen una resposta mèdica, sinó uns consells relacionats amb la cura de l'infant, justament aquells que s'estan perdent actualment. Com a conseqüència d'això, les pediatres es troben amb un excés de feina.

A més, moltes han volgut encarregar-se de l'atenció dels problemes socials dels pacients, però també són conscients de la sobrecàrrega de responsabilitats que això els suposa. Respondre a aspectes relacionats amb l'educació, la psicologia o el desenvolupament social de l'infant vol dir respondre a qüestions sobre les quals no estan preparades professionalment.

Finalment, les pediatres, a part de respondre a qüestions mèdiques, educatives, socials, etc., també han de fer moltes vegades de «gestores» del benestar de l'infant. Són les responsables de derivar l'infant al psicòleg, a l'assistent social o, en cas de malaltia greu, derivar l'infant a una clínica, etc. És a dir, fan una tasca d'intermediació.

Com a conseqüència de tots aquests fenòmens, el temps assignat a la visita pediàtrica es fa insuficient. Les pediatres es lamenten que hi ha poc temps per atendre cada visita tal com elles desitjarien. Tenen la voluntat de fer unes visites més globals, voldrien atendre totes les necessitats de cura que els plantegen, però amb la poca disponibilitat de temps no les poden satisfer:

A vegades ens posen massa feina. O sigui, hi ha un excés de feina, hi ha vegades que fem visites a minut, a minut la visita. A veure, això no es pot fer, ens la posen en una llista a minut, després, és clar, amb un minut no pots fer res, ni dir-li hola. Això és, diguéssim, matar una feina maca (pediatra del CAP Barberà del Vallès).

4. Conclusió

El sistema sanitari, a través de la pediatria, té un paper molt important en la transmissió de coneixements de cura dels infants, que darrerament s'ha vist incrementat al CAP de Barberà del Vallès.

L'obtenció dels coneixements i les competències necessàries per a la cura prové de diverses vies. Tradicionalment s'han transmès de generació en generació femenina, i formen part del que s'ha anomenat *cultura femenina* o *producció femenina*, sense oblidar les diferències entre classes socials i ètnies. Les dones donen molta importància als coneixements obtinguts per part de les mares o àvies, encara

que no sempre hagin operat de manera explícita. Altres vies d'obtenció de coneixements de cura són les amigues i altres mecanismes no personals, com ara els llibres o les revistes, tot i que s'hi recorre en menor grau. En canvi, s'evidencia que hi ha una font principal de coneixement: la pediatria. Les mares depenen més d'aquesta via d'obtenció de coneixements que vint anys enrere. És a dir, el sistema sanitari està esdevenint la via principal, i cada cop més important, d'adquisició de les competències de cura de mares i pares.

Diversos fenòmens expliquen aquest procés. En primer lloc, cal vincular-lo a l'expropiació dels coneixements de cura per part de la medicina, que es gestà al llarg del segle xx i sembla que es consolida avui dia. No hi ha cap altra font de coneixement tan legítima com la que prové de la pediatria. De manera que cal tenir present que si bé els coneixements de cura s'obtenen a través de diverses vies, aquestes són desiguals. El coneixement que prové de la medicina compta amb la garantia de certesa i la pediatra actua com a font d'autoritat. En canvi, el coneixement que prové de les dones de la família s'obté de manera més implícita i, per tant, es valora menys i, fins i tot, en alguns casos es considera desfasat temporalment. L'aportació de les amistats o l'entorn extrafamiliar no rep un reconeixement elevat, possiblement a causa de la concepció de l'esfera domèstica com a *privacy*, i les revistes o els llibres no tenen garantia de validesa.

La major aportació dels coneixements de cura per part del sistema sanitari no es deu exclusivament a la seva legitimitat, sinó que hi intervenen altres factors, fet que posa en relleu que estem davant un fenomen bastant complex. Si ens ho mirem des de la part de la pediatria, cal considerar la feminització d'aquesta professió per entendre la seva major intervenció en el procés de la cura. Les dones que exerceixen de pediatres es preocupen molt per la vida quotidiana del nen o nena, que engloba els diferents aspectes de la cura: el vestit, l'alimentació, qui s'ocupa de cuidar l'infant, etc.

No s'ha pogut contrastar si aquesta preocupació pel dia a dia del nen o nena es dona també en els pediatres homes, però es poden inferir algunes conclusions si considerem un aspecte. S'està produint una segregació dins la pediatria: els homes predominen als hospitals, i les dones, als centres d'atenció primària. Les dones prefereixen treballar al CAP —malgrat el seu menor prestigi—, ja que el CAP permet el seguiment del creixement del nen o nena. Per tant, entre les dones trobem un major interès, vinculat a la socialització de gènere, a establir una relació més intensa amb el pacient i, per tant, una major intervenció en la seva vida quotidiana. També es posa de manifest, algunes vegades, una relació de confiança o empatia entre pediatra i pacient, ambdues dones, ja que la pediatra marca una

continuïtat entre els coneixements científics i els coneixements de cura. La feminització de la pediatria ha propiciat, doncs, que es transmetessin des del sistema sanitari coneixements referits a la cura quotidiana dels fills i filles.

Un altre aspecte que no convé oblidar per entendre l'ampli ús de la pediatria per resoldre els problemes de la cura és l'accessibilitat que presenta aquest servei. La gratuïtat i relativa facilitat d'accés a la pediatria, sense que suposi una gran despesa de temps, porta que, de vegades, se'n faci un ús en excés. És un factor, doncs, que ajuda o impulsa a la major utilització de les mares dels serveis pediàtrics, encara que aquestes no ho reconeixin com un factor determinant.

Des de la vessant de les mares, es pot afirmar que s'ha produït una erosió dels coneixements de cura transmesos per la via familiar, fet que està estretament lligat al major ús de la pediatria per obtenir aquests coneixements: la pèrdua de competències de cura dels infants entre les dones està provocant una major demanda d'adquisició de coneixements de cura per part del sistema sanitari. Les pediatres són les que més clarament constaten aquesta pèrdua de coneixements respecte d'anys enrere: les mares disposen de menys recursos, informació i coneixements.

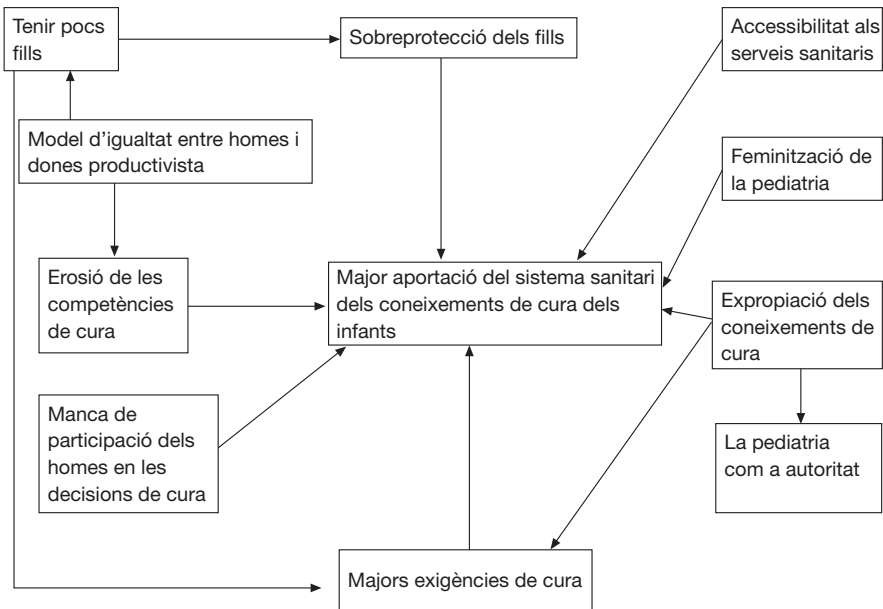
Una possible explicació és la socialització que han rebut les mares joves, la qual ha suposat un trencament amb la tradicional socialització de gènere. Les dones deixen de ser socialitzades en la realització del treball domèstic i familiar per ser-ho en la importància de la formació i del treball assalariat qualificat. Aquesta socialització difereix segons l'origen de classe de les dones, però en tots els casos aquest és el model predominant, que pot expressar-se de manera més explícita o directiva, o de manera més implícita o oberta.

A part d'aquests canvis en el model de socialització de les dones, que parteixen d'un model d'igualtat d'oportunitats entre homes i dones de caràcter productivista, cal tenir en compte que la reducció del nombre de fills també afecta l'experiència i els coneixements de què disposen les mares; un segon fill sempre genera menys dubtes que el primer, fet que demostra que l'experiència també és una manera d'adquirir competències de cura.

No obstant això, el major ús de la pediatria no es deu únicament a una menor disponibilitat de coneixements de cura per part de les mares, sinó també a unes majors exigències de cura, que estan lligades al fet que el nombre de fills s'ha reduït, i el fill o filla passa a estar més controlat, fet que possiblement també està vinculat a una certa construcció de la identitat de l'infant com a ésser que ha de ser protegit, on la medicina ha intervingut.

Finalment, es constata que les decisions sobre la cura dels infants recauen exclusivament sobre les dones, amb l'excepció de les mares més joves. Els homes col·laboren en la cura de l'infant, però no hi pensen ni se'n preocupen. El fet que les decisions de cura no siguin compartides afecta la major utilització dels serveis de pediatria, ja que una persona sempre compta amb menys recursos que dues per resoldre els problemes que puguin anar sorgint en el dia a dia de l'infant.

En conclusió, ens trobem amb un conjunt de factors que intervien en la major aportació del sistema sanitari dels coneixements de cura dels infants. Per tal de fer-ho més visible es presenta un esquema:



Analitzar els canvis que giren al voltant de les formes i vies d'adquisició dels coneixements de cura és una manera de mostrar que les competències de cura no formen part de les qualitats innates de les dones, sinó que requereixen un procés d'aprenentatge, que, lluny de ser unidimensional, incorpora moltes vies de transmissió. És a dir, les dones no saben tenir cura dels infants pel sol fet de ser dones. Això posa en relleu la necessitat de revalorar el treball domèstic i, en concret, el treball de cura de les persones. Cal reconèixer la

seva qualificació i les habilitats adquirides, fet que també és una manera de valorar les ocupacions femenines, com pot ser clarament la pediatria.

La pèrdua dels coneixements tradicionals de cura per part de moltes dones i la major demanda d'obtenció d'aquests coneixements als serveis de pediatria estan generant tensions. D'una banda, ens trobem amb la paradoxa que professionals de la medicina es troben responnent a qüestions «banals», administratives o que no els compe- teixen. I de l'altra, el temps de visita és massa escàs per donar res- posta a totes les necessitats que es plantegen.

Per tant, ens trobem amb el problema d'un dèficit de coneixements de cura que no pot ser cobert completament ni satisfactòriament per part dels serveis sanitaris. Però les tasques de cura segueixen sent socialment necessàries, tot i que no han de ser necessàriament sa- tisfetes per les dones en exclusiva. Atès que s'ha comprovat que aquestes no tenen un instint o una capacitat innata per tenir cura dels fills o filles, no estan naturalment qualificades per a l'exercici del treball domèstic i la cura dels infants. Per tant, els homes també se'n poden fer càrrec en major grau.

Cal reivindicar la cultura de la cura, però no només per a les do- nes, sinó també per als homes. La funció maternal no hauria de ser exclusiva de les mares, sinó que els pares haurien de desenvolupar les responsabilitats pròpies de la cura dels altres. El problema és que cal un canvi cultural, de valors, que impulsi els homes a voler qualificar-se en aquestes tasques. No sembla que avancem en aquest sentit, en tant que els homes no han fet el pas de la col·labo- ració a la implicació plena en les decisions i l'adquisició de coneixe- ments de cura. Per arribar a l'objectiu de la redistribució de la càr- rega de treball, cal una reorganització de la societat que superi l'absurd que suposa la subordinació del treball domèstic, el qual té com a objectiu el benestar de les persones, al treball assalariat, cen- trat en l'acumulació de beneficis. Cal, per tant, eliminar la plena dis- ponibilitat laboral i l'activitat laboral com a centre del projecte de vida, tant per als homes com per a les dones, la qual cosa deixarà més temps per realitzar el treball domèstic i, en concret, la cura de les persones, fet que suposarà una millora del benestar quotidià. I també suposarà un alleugeriment de la demanda de coneixements de cura per part dels serveis sanitaris. És a dir, cal resituar la satis- facció de necessitats humanes i la sostenibilitat social com l'objectiu bàsic de la societat. Cal, doncs, una revisió del concepte del *temps* i un nou contracte social entre gèneres que qüestioni la divisió se- xual actual del treball i situï la cura en el centre de l'organització social.

Seria molt positiva la potenciació per part del sistema sanitari de cursos educatius per als pares i mares. Però només si es donen aquests canvis previs, els cursos evitaran l'efecte pervers de potenciar la divisió sexual del treball, i seran aprofitats tant pels pares com per les mares, en la línia de potenciar una cultura de la cura compartida per ambdós sexes. No obstant això, i reiterant el que ja s'ha dit, una cultura de la cura no són només cursets per als pares i mares, sinó una organització de la societat que deixi temps per a la cura i una revaloració d'aquestes tasques.

Bibliografia

- BAUDELOT, C. (2000). «Conclusión: Nada está cerrado...». A: MARUANI, M.; ROGERAT, C.; TORNS, T. [dir.]. *Las nuevas fronteras de la desigualdad: Hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Barcelona: Icaria.
- BENERÍA, L. (1981). «Reproducción, producción y división sexual del trabajo». *Mientras Tanto*, núm. 6.
- BERGER, P.; LUCKMANN, T. (1996). *La construcción social de la realidad: un tractat de sociologia del coneixement*. Barcelona: Herder.
- BIANCHI, M. (1994). «Más allá del doble trabajo». A: BORDERÍAS, C.; CARRASCO, C.; ALEMANY, C. [comp.]. *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales*. Barcelona: FUHEM: Icaria.
- BOCK, G. (2000). «Pobreza femenina, derechos de las madres y Estados del bienestar (1890-1950)». A: DUBY, G.; PERROT, M. [dir.]. *Historia de las mujeres: El siglo xx*. Madrid: Taurus.
- BORDERÍAS, C. (1996). «Identidad femenina y recomposición del trabajo». A: RODRÍGUEZ [et al.] [ed.]. *El futuro del trabajo: Reorganizar y repartir desde la perspectiva de las mujeres*. Bilbao: Bakeaz: Cedem.
- BULLET, C. (1996). «Roles e identidades de género: una construcción social». A: GARCÍA DE LEÓN, M. A.; GARCÍA DE CORTÁZAR, M.; ORTEGA, F. [coord.]. *Sociología de las mujeres españolas*. Madrid: Editorial Complutense.
- COLECTIVO IOE (1996). *Tiempo social contra reloj: Las mujeres y la transformación en los usos del tiempo*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- DAUNE-RICHARD, A. M. (2000). «Cualificación y representación social». A: MARUANI, M.; ROGERAT, C.; TORNS, T. [dir.]. *Las nuevas fronteras de la desigualdad: Hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Barcelona: Icaria.
- DURAN, M. (1987). *La jornada interminable*. Barcelona: Icaria
- (1988). *De puertas adentro*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- (1991). «La conceptualización del trabajo en la sociedad contemporánea». *Economía y Sociología del Trabajo* [Madrid], núm. 13-14.
- FRAISSE, G. (2000). «Servidumbre, empleos de servicio y democracia». A: MARUANI, M.; ROGERAT, C.; TORNS, T. [dir.]. *Las nuevas fronteras de la desigualdad: Hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Barcelona: Icaria.
- INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA. <<http://www.idescat.es>>
- KERGOAT, D. (2000). «Por una sociología de las relaciones sociales. Del análisis crítico de las categorías dominantes a una nueva conceptualización». A: MARUANI, M.; ROGERAT, C.; TORNS, T. [dir.]. *Las nuevas fronteras de la desigualdad: Hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Barcelona: Icaria.

- LAGRAVE, R. M. (2000). «Una emancipación bajo tutela. Educación y trabajo de las mujeres en el siglo XX». A: DUBY, G.; PERROT, M. [dir.]. *Historia de las mujeres. El siglo XX*. Madrid: Taurus.
- MARTÍNEZ, L. (2004). *Metgesses de Catalunya*. Barcelona: Pòrtic.
- MARUANI, M. (2000). «Introducción». A: MARUANI, M.; ROGERAT, C.; TORNOS, T. [dir.]. *Las nuevas fronteras de la desigualdad: Hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Barcelona: Icaria.
- NAROTZKY, S. (1995). *Mujer, mujeres, género*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- NASH, M. (1993). «Identidad cultural y género, discurso de la domesticidad y de definición del trabajo de las mujeres en la España del siglo XIX». A: DUBY, G.; PERROT, M. *Historia de las mujeres*. Madrid: Taurus.
- (2000). «Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939». A: DUBY, G.; PERROT, M. [dir.]. *Historia de las mujeres: El siglo XX*. Madrid: Taurus.
- PICCHIO, A. (2000). «El trabajo de la reproducción, tema central en el análisis del mercado laboral». A: MARUANI, M.; ROGERAT, C.; TORNOS, T. [dir.]. *Las nuevas fronteras de la desigualdad: Hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Barcelona: Icaria.
- SCOTT, N. (2000). «Mujer moderna, estilo norteamericano: los años veinte». A: DUBY, G.; PERROT, M. [dir.]. *Historia de las mujeres: El siglo XX*. Madrid: Taurus.
- SOHN, A. M. (2000). «Los roles sexuales en Francia y en Inglaterra: una transición suave». DUBY, G.; PERROT, M. [dir.]. *Historia de las mujeres: El siglo XX*. Madrid: Taurus.
- TORNOS, T. (2001). «El tiempo de trabajo de las mujeres: entre la invisibilidad y la necesidad». A: CARRASCO, C. [dir.]. *Tiempos, trabajos y género*. Barcelona: Publicacions Universitat Barcelona.
- TORNOS, T.; CARRASQUER, P. (1987). «Entorn els conceptes de dona i treball». A: AGUILAR, Salvador [et al.]. *Visió de Catalunya*. Barcelona: Diputació.
- TORNOS, T.; MIGUÉLEZ, F. (2000). *Temps i ciutat*. Barcelona: Consell Econòmic i Social.