



El cuidado y la mujer-cuidadora: su construcción televisiva en los programas de salud en Colombia

Agudelo-Calle Alejandro*

Recibido en abril 12 de 2021, aceptado en junio 10 de 2022

Citar este artículo así:

Agudelo-Calle A. El cuidado y la mujer-cuidadora: su construcción televisiva en los programas de salud en Colombia. *Hacia Promoc. Salud.* 2022; 27(2): 55-70. DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.2.5

Resumen

Introducción: La televisión ha tenido (y lo sigue haciendo) un papel importante en la construcción de sentidos en torno a la salud y el cuidado. Cada vez surgen más programas televisivos que, desde sus diferentes formatos (telenovelas, noticieros, magazines, etcétera), abordan desde diversos ángulos y narrativas la relación entre ambos conceptos. **Objetivo:** develar cómo la televisión colombiana por medio de algunos programas enfocados en la salud representa el cuidado. **Metodología:** fue cualitativa de alcance exploratorio. Se realizó un análisis textual de 68 episodios de tres programas de televisión colombianos entre 2013 y 2014 y se entrevistaron a 10 productores de contenidos audiovisuales en salud. **Resultados:** estos evidenciaron que dichos programas sitúan el cuidado en el marco de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, contexto en el cual la mujer “ama de casa” juega un papel central debido a que es la “receptora natural” de los contenidos audiovisuales. No obstante, mientras los programas de salud responsabilizan a las mujeres del cuidado propio y de los demás, al mismo tiempo deslegítiman su conocimiento frente al saber técnico especializado de los profesionales de la salud biomédica. **Conclusión:** los productores y los mensajes televisivos reproducen y naturalizan la feminización del cuidado.

Palabras clave

Televisión, comunicación en salud, mujeres, promoción de la salud (*fuentes: DeCS*).

Care and the woman-caregiver: its television construction in health shows in Colombia

Abstract

Introduction: Television has played (and continues to play) an important role in the production of meanings around health and care. More and more television programs are emerging that, from their different formats (soap operas, newscasts, magazines, etc.), address the relationship between both concepts from different angles and

* Posdoctorado en Ciencias Sociales. Profesor de cátedra e investigador grupo Rerdsa, Universidad de Antioquia, Instituto de Estudios Regionales, Medellín, Colombia. Correo electrónico: alejandro.agudelo@udea.edu.co.  orcid.org/0000-0003-0834-7909. 



narratives. **Objective:** to reveal how, through some programs focused on health, Colombian television represents care. **Methodology:** Qualitative with an exploratory scope. A textual analysis of 68 episodes of three Colombian television programs between 2013 and 2014 was carried out and 10 producers of audiovisual health content were interviewed. **Results:** these shows demonstrated that such programs place care within the framework of disease prevention and health promotion, a context in which the “housewife” woman plays a central role because she is the “natural recipient” of the audiovisual content. However, while health programs make women responsible for the care of themselves and others, at the same time they delegitimize their knowledge in the face of the specialized technical knowledge of biomedical health professionals. **Conclusion:** producers and television messages reproduce and naturalize the feminization of care.

Keywords

Television, health communication, women, health promotion (*source: DeCS*).

O cuidado e a mulher-cuidadora: sua construção televisiva nos programas de saúde na Colômbia

Resumo

Introdução: A televisão tem tido (e o segue fazendo) um papel importante na construção de sentidos no âmbito à saúde e o cuidado. Cada vez surgem mais programas televisão que, desde seus diferentes formatos (telenovelas, tv jornais, magazines, etc.), abordam desde diversos ângulos e narrativas a relação entre ambos conceitos. **Objetivo:** debelar como a televisão colombiana por meio de alguns programas enfocados na saúde representa o cuidado. **Metodologia:** foi qualitativa de alcance exploratório. Realizou-se uma análise textual de 68 episódios de três programas de televisão colombianos entre 2013 e 2014 e se entrevistaram a 10 produtores de conteúdos audiovisuais em saúde. **Resultados:** estes evidenciaram que ditos programas situam o cuidado no marco da prevenção da doença e a promoção da saudade, contexto no qual a mulher “dona de casa” joga um papel central devido a que é a “receptora natural” dos conteúdos audiovisuais. Não obstante, em quanto os programas de saúde responsabilizam às mulheres do cuidado próprio e dos outros, ao mesmo tempo deslegitimam seu conhecimento frente ao saber técnico especializado dos profissionais da saúde biomédica. **Conclusão:** os produtores e as mensagens da televisão reproduzem e naturalizam a feminização do cuidado.

Palavras-chave

Televisão, comunicação em saúde, mulheres, promoção da saúde (*fonte: DeCS*).

Introducción

Las reflexiones sobre el cuidado realizadas desde los años ochenta del siglo XX, han permitido entender que esta actividad humana está lejos de ser un asunto exclusivo de la esfera doméstica, cuya responsable “natural” es la mujer, como se concibió históricamente.

El cuidado puede entenderse como “la gestión y mantenimiento cotidiano de la vida, la salud y el bienestar de las personas” (8). El cuidado es un asunto social y político en la medida que visibiliza relaciones de poder, determina jerarquías y asigna valores a las personas, develando desigualdades no solo de género, sino de clase y etnia (1, 2).

Este también es un asunto económico debido a que es esencial para la acumulación de capital y es un servicio en el que se participa directamente del mantenimiento o de la preservación de la vida del otro, inclusive es uno de los trabajos más demandados en la actualidad (3-6). Igualmente, el cuidado es un asunto ético, ya que dar cuidados es una obligación moral de todos los seres humanos, debido a que es una tarea necesaria en todos los ámbitos y en todos los niveles de la vida (7).

Si bien el cuidado abarca otros asuntos y variables (jurídicas, políticas, culturales, psicológicas, ecológicas), es su relación con la salud lo que pretende discutirse aquí. La salud, entendida como una noción compleja que abarca lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural, al igual que el cuidado, son dimensiones del bienestar y un tema prioritario para todas las instituciones o actores que componen la sociedad.

Una de esas instituciones son los medios de comunicación masivos, señalados como espacios de formación política y de adquisición de conocimiento (9). Si tanto el cuidado como la salud son procesos esenciales en la reproducción de una sociedad, su tratamiento en los medios, específicamente en la televisión, contribuye a la apropiación de creencias y prácticas en estas dos esferas de la vida social (10).

La relación entre cuidado y televisión es un campo académico aún en ciernes. Los estudios más cercanos hacen referencia al uso de herramientas tecnológicas por parte del personal de enfermería como estrategia de continuidad del cuidado (11) o el uso de medios masivos de comunicación para promover prácticas de promoción de la salud (PS) (12). Dicha relación puede hallarse de manera implícita, transversal y abundante en

el campo de la comunicación y salud, por lo que para establecerla es importante entender cómo se ha construido la unión entre los medios y la salud para, luego, comprender su vínculo con el cuidado.

Varios estudios muestran cómo uno de los roles más representados por la televisión es el de madre (13-16). La maternidad se asocia al cuidado de los miembros de la familia y del hogar. Un estudio indagó sobre las narrativas publicitarias en torno al trabajo doméstico. Se encontró que las piezas publicitarias naturalizan a la mujer como responsable de la limpieza del hogar, la cocina y crianza de hijos/as. En este sentido, se normaliza la división sexual del trabajo, atribuyéndole a la mujer la función de trabajadora doméstica, al tiempo que desvaloriza económicamente esta actividad (17).

Debido a su capacidad de producir y reproducir símbolos y representaciones de la realidad social y cultural, la televisión transformó las formas en que se construyen y se intercambian sentidos, actividad central en las relaciones humanas. A partir de sus mensajes circulan las representaciones más importantes de la sociedad y signos más comunes sobre sí mismos y nuestros colectivos (18).

A pesar de que Internet es un medio predominante en la actualidad (19, 20), la televisión sigue teniendo gran impacto social (21) y juega un rol central a la hora de desarrollar temas sobre salud, ya que se ha mostrado su impacto tanto en la salud individual como colectiva, en el sentido de que es vital al momento de sugerir y modificar creencias y conductas (22-24).

La salud es, desde la mirada de los medios, un bien público que debe abordarse con la mayor responsabilidad debido a que los ciudadanos extraen de allí la información de su interés

para incorporarla a sus vidas (25). Al respecto, algunos estudios mostraron un aumento de contenidos de salud en algunos canales televisivos de países europeos y americanos (24, 26-31).

Lo anterior se evidencia con el surgimiento cada vez mayor de programas televisivos que abordan desde diversos ángulos y narrativas la salud. La bibliografía especializada muestra que esta noción ha sido abordada a través de los diferentes géneros y formatos televisivos. Podría decirse que no existe formato televisivo que no haya tratado el tema de la salud. En los últimos 20 años se ha estudiado cómo los temas de salud aparecen en noticieros (31, 32), *reality shows* (33), seriados (34), telenovelas (35, 36), dibujos animados y campañas preventivas (37) y comerciales (38). El género magazine ha sido analizado solo de manera transversal por estos y otros autores. También se ha indagado sobre cómo aparece la medicina occidental en la televisión y los problemas éticos relacionados (39).

La demanda sobre este tipo de mensajes ha aumentado (28) también en Colombia (40, 41). La televisión es más utilizada para informarse sobre tópicos de salud que la radio y que los profesionales de la salud (26). Algunos sectores de la población usan solo este medio para ampliar sus conocimientos y reflexionar sobre el tema (28, 42).

El autocuidado y el cuidado de la familia, la buena alimentación, los estilos de vida saludable, las enfermedades de transmisión sexual, el tabaquismo, el sedentarismo y la obesidad, las actividades físicas regulares y el consumo de bebidas alcohólicas son temas recurrentes de la relación entre televisión y salud (43). Esto muestra que el cuidado se aborda con frecuencia en los programas de salud. Podría decirse que el cuidado,

entendido como el conjunto de las actividades que se realizan para el bienestar físico, psíquico y emocional de las personas (44), es la dimensión más importante de las dos líneas centrales de la salud televisiva: la prevención de la enfermedad (PE) y la promoción de la salud (PS) (45).

Materiales y métodos

El presente artículo deriva de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio que se preguntaba por el aporte de la televisión colombiana a la formación de ciudadanías en salud (45). El cuidado, como fenómeno social, no hizo parte de sus objetivos; sin embargo, debido a que los resultados mostraron que era una dimensión central del discurso televisivo sobre la salud y de los productores, se vio la necesidad de reinterpretar los datos a la luz de las teorías y perspectivas del cuidado.

La propuesta del pluralismo metodológico de Singhal y Roger (1999) referenciado en Tufte (46) se aseveró conveniente. Por ello, se usaron técnicas propias de la comunicación social (análisis textual), para estudiar los mensajes televisivos y la etnografía de producción audiovisual para indagar por la producción de mensajes. La pregunta que responde este artículo es: ¿Cómo se aborda el cuidado en los programas de salud colombianos?

Los criterios para seleccionar los canales y programas de televisión fueron: 1. programas producidos en Colombia, 2. que pertenecieran al ámbito público y privado, 3. de alcance nacional, regional-local, 4) que trataran temas exclusivos en salud y 5. diversos en cuanto a géneros y formatos televisivos. Se excluyeron canales internacionales y regionales de otros departamentos de Colombia debido al alcance de la investigación.

Se analizaron 68 episodios de tres programas (de tres canales diferentes) emitidos entre el 14 de noviembre de 2013 y el 17 de enero de 2014. Si bien el *corpus* del proyecto original incluía otros canales y programas, se realizó

una selección posterior a partir de los nuevos interrogantes que emergieron, en este caso, entorno al cuidado. La muestra se especifica en el siguiente cuadro (cuadro 1):

Cuadro 1. Programas de televisión colombianos analizados entre 2013 y 2014

Programas de televisión colombianos analizados entre 2013 y 2014					
Nombre del programa	Ámbito Público/privado	Alcance Nacional/regional local	Género o Formato Televisivo	Episodios analizados	Duración
Medellín Ciudad Saludable (Canal Telemedellin)	Público	Regional	Magazine	19	60 minutos
ABC de la salud (Canal RCN)	Privado	Nacional	Noticiero	24	90 minutos
Sección de salud Noticias Caracol (Canal Caracol Televisión)	Privado	Nacional	Noticiero	25	90 minutos
Total de minutos analizados: 5550 minutos (92.5 horas)					

Fuente: Elaboración propia.

Las franjas comerciales fueron incluidas en la muestra, con el propósito de contrastar los mensajes de cada episodio con los de los patrocinadores. Las secciones de salud de los noticieros privados nacionales tuvieron una duración entre 1 y 2 minutos; no obstante, se incluyeron las demás secciones (economía, política, entretenimiento...) para realizar también un ejercicio de contrastación discursiva.

La propuesta de análisis textual de Casetti y Di Chio (47) se ajustó para estudiar la noción televisiva de cuidado. En consecuencia, se omitieron algunas de sus líneas de indagación en el “Esquema de lectura” para responder de

manera más precisa al nuevo objetivo general del estudio.

Por otra parte, para indagar por la producción de los contenidos audiovisuales, se realizaron 10 entrevistas a profundidad a productores, auspiciadores-patrocinadores, directores, presentadores, periodistas y jefes de programación; no solo de los programas seleccionados, sino también de otros programas nacionales y regionales sobre salud. Se lograron identificar los intereses políticos, económicos e ideológicos en juego y en tensión, así como también el proceso de construcción del mensaje: selección de los temas, sus enfoques, intencionalidades, presiones y tensiones.

Las entrevistas se grabaron bajo consentimiento informado, se transcribieron y se analizaron a partir del proceso de codificación y categorización. Se construyó una matriz para analizar el proceso de comunicación en salud: producción-edición y mensaje televisivo. Finalmente, se consultó literatura científica sobre el *care* (cuidado) y se construyó una matriz de análisis para reinterpretar los datos.

Resultados

1. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como actividades del cuidado

Los tres programas televisivos analizados trataron 84 temáticas. Se identificó que dichas temáticas se abordaban desde 4 formas predominantes de enfoques: 1. abordajes desde la enfermedad, 2. información sobre el sistema de salud, 3. PE y 4. PS y se distribuyen así: 35 hablaron de la PE, 23 de abordajes de la enfermedad, 14 de la PS, 7 de información sobre el sistema de salud, 3 combinaron dos temáticas a la vez: abordaje desde la enfermedad y PE, y 2 estuvieron destinadas a hablar de novedades, descubrimientos e inventos en el marco de la salud.

La mención del cuidado en los programas analizados se enmarca en dos de las perspectivas más recurrentes a la hora de tratar la salud: la PE y la PS. Específicamente, el cuidado trata de orientarse a partir de la apropiación de conceptos biomédicos dirigidos especialmente a destinatarias mujeres.

2. La mujer, destinataria natural de los programas de salud: feminización de la salud y del trabajo del cuidado

De las temáticas abordadas se pudo constatar que el destinatario de los mensajes fue

mayoritariamente la mujer, con una mención directa o indirecta de 44 veces; le sigue hombres y mujeres, 30 veces; el hombre, 8 veces; y un sector particular de la ciudadanía, 2 veces. Se evidenció que hubo una relación directa entre la mujer con tópicos asociados con el cuidado. Se hallaron tres grandes grupos temáticos que visibilizan esta relación: el cuidado de los hijos, al cuidado de la familia y al cuidado de sí misma.

Con respecto al cuidado de los hijos, los temas abordaron el embarazo y las primeras etapas de la niñez. Temáticas como nutrición en el embarazo, salud materna y perinatal y riesgos en el embarazo, son algunos ejemplos. Los tópicos vinculados a las vacunas de los niños estuvieron dirigidos hacia las madres como las principales responsables del cuidado. Lo mismo ocurrió con los temas relacionados con la PS, la PE y el tratamiento de la enfermedad de los hijos: alergias, la adicción a las redes sociales, salud oral y bienestar en la primera infancia, por ejemplo.

El cuidado de la familia también fue central. Ya no solo iba dirigido al cuidado de los hijos sino a todos los miembros del hogar. Cuando se trató de la alimentación “saludable y balanceada” de la familia, el mensaje se dirigió a las “mujeres amas de casa”. El mensaje es siempre: “la mujer es quien alimenta en la familia”, pareciera que este reproduce un mandato para las mujeres, tal como el uso de jabones antibacteriales y la protección de la piel de los rayos solares, que también pareciera ser su responsabilidad: es ella quien debe “estar pendiente del hogar”.

Hubo episodios destinados al cuidado de sí mismas: problemas de várices, ovarios, cefaleas y mamas predominaron. Tópicos asociados a la belleza, como las cirugías plásticas y los cuidados de la piel, caben en esta línea. Cabe notar que eran las mujeres

quienes debían cuidar de ellas mismas. El mensaje iba dirigido para ellas y no para otro miembro del hogar. Esto se evidencia mejor cuando los presentadores de los programas usaban la noción de “autocuidado” para referirse al cuidado propio. Dicho de otro modo, a las “mujeres ama de casa” no se les cuida, son ellas las que deben cuidar.

Ilustra lo anterior la emisión de un comercial televisivo que causó controversia por ir en contravía de lo señalado. En la pieza audiovisual se invitaba a los “hombres” para que invitaran a sus “esposas” a realizarse el “autoexamen” para detectar un posible cáncer de mama. Si bien hubo temas dirigidos exclusivamente para los hombres, como las “lesiones musculares”, “problemas de calvicie”, “cirrosis”, “enfermedades en los testículos”, entre otros, no faltaron los mensajes en los que se apelaba a las mujeres para que transmitieran la información “a sus maridos” y se responsabilizaran de ellos, como pasó con uno de los episodios en el que se habló del cáncer de próstata. La presentadora del noticiero en lugar de dirigir directamente su mensaje a los hombres se dirigió a las esposas: *“Uno de cada 6 hombres será diagnosticado [con cáncer de próstata]. No es terrorismo, es la realidad que podemos cambiar con un sencillo chequeo. Y mujeres, a motivar a sus esposos, amigos, hermanos, papás, hijos, a todos”* (Sección de salud Noticias Caracol, 19 de noviembre de 2013)¹.

Estos programas reproducen una relación generalizada entre mujer y salud, que hace parte de un proceso de construcción social; la televisión contribuye así a un proceso naturalizador (16) de la mujer como responsable del cuidado. En Colombia, por

¹Este y los demás testimonios fueron tomados del proyecto original que inspiró el presente estudio. El trabajo en mención se tituló: *La formación ciudadana a través de los medios de comunicación. La televisión colombiana y su aporte a las ciudadanías en salud*. En la sección metodológica se precisa mejor.

los roles asignados a las mujeres, hay una tendencia a que ellas sean las que se sitúen más frecuentemente en el lugar de la preocupación por los otros. Esta división social de las actividades e, incluso, de la disposición de las mujeres frente a la salud y frente al cuidado, son reproducidas por los programas televisivos y los productores.

La mujer, específicamente la denominada “ama de casa”, juega un papel central por ser la “receptora natural” de estos contenidos audiovisuales. Se espera de ellas que asimilen, practiquen y divulguen entre sus familiares los mensajes, consolidando de este modo el mito de la mujer como cuidadora natural y promotora de salud. Visto así, la relación entre mujer, televisión en salud y cuidado es bastante cercana, ya que tanto el cuidado como la salud son feminizadas por la televisión. En suma, a través del análisis de los programas televisivos de salud se puede comprender cómo la sociedad organiza el cuidado.

Lo anterior se evidencia, entre otras cosas, en la elección del horario de estos programas. Los estudios de audiencia que realizan los productores, les permite saber cuáles son los tiempos más concurridos por este tipo de público. Las mañanas y las tardes son, dentro de la parrilla de programación de los canales, el espacio diseñado para ellas: *“en el target que nosotros tenemos, que son mujeres, por la mañana y al medio día, que son las personas que permanecen en el hogar. Las mujeres son las que sacan las citas para los niños, para su esposo, son las que toman las decisiones sobre la alimentación”* (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud, Noticias Caracol). Así mismo, afirma que, cuando mira la cámara, piensa que detrás de ella está su mamá o su abuela.

Según los productores y los mensajes emitidos, la mujer es la responsable de cuidar:

“Las personas que manejan los medios aquí lo tienen clarísimo”, afirma Hernández. La mujer, en especial la “ama de casa”, tiene características muy especiales, pues son quienes más permanecen en el hogar y se les ha asignado culturalmente personas a su cargo (hijos, esposos, madres, etc.). También tienen un nivel de escolaridad y un estrato socioeconómico bajo-medio; se asume que son las que menos posibilidades de acceso a la información especializada en salud poseen.

Al respecto, una de las productoras de los programas analizados afirma:

El enfoque de nosotros de las amas de casa es porque aquí se trabaja mucho con el tema de madres cabezas de familia y todo eso que lo manejamos en todas las cosas como en salud mental, en salud sexual; porque consideramos que son las que dan siempre el mensaje o van bajando el mensaje a la familia... aquí lo que se quiso fue enfocarse en la ama de casa, que es la que va a dar el mensaje o va a dar cierto cuidado en la familia y en el hogar (Laura Muñoz, comunicadora de la Secretaría de Salud, Medellín Ciudad Saludable).

En este sentido, las mujeres “amas de casa” son consideradas como “agentes cuidadores” de salud (Lina Pulgarín, Directora Medellín Ciudad Saludable) o “agentes que se ocupan del bienestar familiar” (Jorge Vélez, director y presentador Los Buenos Años).

La televisión, entonces, renaturaliza la relación mujer-salud-cuidado, señalándolas como responsables del bienestar propio y el de sus círculos cercanos. La transmisión audiovisual de esta narrativa reproduce el imaginario de la feminización de la salud y del cuidado, invisibilizando el papel del hombre y demás miembros de la familia en la

participación de las tareas del cuidado en la línea de la PS y la PE.

Lo paradójico es que se sitúa el cuidado en los roles de la mujer en su ámbito doméstico y en su entorno social, pero se le despoja de su conocimiento para que apropie los conocimientos biomédicos y legítimos para hacer bien su labor. Esto se desarrollará a continuación.

3. El conocimiento sobre el cuidado de las mujeres deslegitimado por los profesionales

El conocimiento sobre el cuidado proviene de 1. La familia, principalmente de las madres y las abuelas. 2. Las vecinas, amigas y sus familiares. 3. Médicos, enfermeras, farmacéutas. 4. Médicos alternativos: acupunturistas, rezanderos, terapeutas orientales y 5. Medios de comunicación: televisión, radio, Internet, libros y revistas (10). El papel de las interacciones sociales de las mujeres en sus prácticas de cuidado es representativo (48) en la configuración del qué y el cómo del cuidado de la salud de su familia y el de la suya propia.

Las mujeres identifican y diagnostican enfermedades y males de sus familias. Utilizan diferentes sistemas curativos: doméstico, alternativo y biomédico. En el doméstico sobresalen tratamientos con plantas y la automedicación; en el alternativo se acude a expertos de áreas diferentes a la biomedicina; y en el biomédico se utiliza la medicina occidental.

A pesar de que las mujeres obtienen sus conocimientos sobre el cuidado principalmente a partir de sus pares (madres, abuelas, vecinas y amigas), los programas analizados denominan muchos de estos conocimientos como “mitos”. “Mitos” o “creencias” fueron términos utilizados por los profesionales de la salud que participan en

los programas, para referirse al conocimiento popular o conocimiento no médico-científico. El objetivo de algunos de los episodios era “desmitificar” aquellos saberes y prácticas populares, los cuales, según los expertos, en vez de “mejorar la salud”, la podían afectar. Tales saberes y prácticas producían afectaciones que luego debían ser “curadas” por los profesionales. Se deslegitimaba el conocimiento considerado “popular” de las mujeres por “peligroso”.

En los programas donde había alguna clase de interacción con el televidente o se incluía la voz de los ciudadanos fue más evidente esta contrastación. A partir del *vox populi*, los ciudadanos expresaban su punto de vista sobre un tema de salud en particular y, posteriormente, eran validados, ampliados o desmentidos por los expertos, quienes siempre tenían la última palabra.

En Medellín Ciudad Saludable, una televidente llamó para compartir su “reflexión” en sus palabras, sobre el tema del día:

Más que una pregunta es una reflexión... Yo desde niña nos enseñaron en la familia a cuidarnos mucho la piel porque es el órgano intenso de nuestro cuerpo. ¿Cómo se cuida una piel? Una buena alimentación, menos asolarnos, tomar buena agüita, menos cigarrillo y alcohol, hidratarnos con mascarillas caseras que son las mejores, que es eso lo que yo uso. A mi edad que ya tengo, mi piel es perfecta... Y otra cosa, nunca en mi vida he usado jabones. Los jabones resecan la piel. Eso es como un misterio en la familia. En mi casa nunca usamos un jabón para la piel, nada. El agüita y el shampucito cuando nos bañamos y ya, y las cremitas que nos echamos, pero cremas naturales de casa... (Medellín Ciudad Saludable, Televidente, 13 de enero 2014).

Luego de que la televidente comparte el saber que le ha funcionado a su familia para cuidar la piel, el presentador lo pone en duda y le pide a la experta (“*pero usted es la especialista*”) que confirme o desmienta tal información. Presentador: “*Y Doña Lucía nos entregaba de entrada unas propuestas básicas de cuidados de la piel, pero usted es la especialista, usted es la médica dermatóloga, entonces cuáles son esos elementos, tal vez los más fundamentales para hacer prevención en esta materia, para cuidar este órgano tan vital de nosotros*”.

La experta valida una parte del conocimiento de la televidente y deslegitima otra, anteponiendo su rol de especialista a través del uso de un lenguaje técnico:

Desde el punto de vista como dermatóloga, quiero decirles a las personas que estoy de acuerdo con la oyente que el exceso de jabón daña la piel. Nuestra piel está recubierta por un manto lipídico propio y el exceso de jabón daña la piel. Ahora hay muchos jabones en el comercio que los llamamos syndets, que son unos jabones suaves que básicamente desmaquillan o quitan la impureza que la piel da, pero que son jabones que no hacen ese efecto cáustico y dañan la piel... Yo quiero retomar un puntico... y es lo de las mascarillas caseras. Yo no voy a entrar en esta discusión, pero creo que como las puede haber buenas las puede haber no tan buenas. Muchos productos por decir algo, por ejemplo una naranja, un limón, vamos a hablar de un tema fotofitodermatitis, es decir, estos cítricos que si bien tienen vitamina C y son muy útiles, aplicados sobre la piel y expuestos al sol pueden dar manchas, ampollas que se llaman fotofitodermatitis y es lo que vemos ahora los dermatólogos en la consulta porque comieron mango viche con sal o porque comieron limón,

margarita... No porque sea natural es completamente bien, habría que ver cómo se depuró y cómo se hizo... (Experta invitada, Medellín Ciudad Saludable, 13 de enero 2014).

La intencionalidad de los mensajes tiende más a sancionar los saberes y las prácticas populares que a reconocerlas, complementarlas o dialogar con ellas. Se deslegitiman los conocimientos y las prácticas populares, pero se estimulan los saberes médicos.

Discusión

La mención del cuidado en los programas se enmarca en dos perspectivas recurrentes: la PE y la PS. El cuidado es la piedra angular de la salud, tal como la entienden los programas televisivos. Lo anterior se evidencia de acuerdo a la definición de cuidado de Fisher y Tronto (tomado de 49): “una actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos en vistas de mantener, sostener o reparar nuestro mundo de manera tal que podamos vivir en él lo mejor posible”. Mantener, sostener y reparar para vivir lo mejor posible se vincula claramente con los objetivos de la PS y la PE promulgados desde mediados del siglo XX, con el cambio de concepción sobre la definición de la salud. Para entender mejor la relación entre el cuidado y la PS y la PE es necesario recordar cómo la salud, desde la mirada biomédica —la transmitida por los programas analizados (10)— ha sido significada en las últimas décadas.

La salud fue entendida como ausencia de enfermedad. En 1950 se empieza a entender como un estado que abarca lo físico, lo psíquico y social. Lo que impactó las formas de entender la salud pública. Lalonde presentó un informe en 1974 llamado: *A New Perspective on the Health of Canadians*, que sentenciaba que el sistema sanitario no garantizaba la

salud por sí solo. Existían otros determinantes con mayor efecto en la salud pública: medio ambiente, estilos de vida y biología humana.

Luego, la Carta de Ottawa plasmó la definición de PS: “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud, para que la mejoren” (50) con 5 estrategias: formar, informar, educar y desarrollar habilidades y competencias en individuos y comunidades para permitir un mayor control sobre las condiciones de la salud y la calidad de la vida.

Los medios de comunicación fueron centrales para materializar las estrategias de la Carta de Ottawa por su capacidad de cobertura y como herramienta potente para transmitir información. Según Obregón Gálvez (51), los medios juegan un rol fundamental en la definición de agendas públicas, en la prestación de servicios de salud de mejor calidad, en la promoción de comportamientos saludables y en la facilitación de procesos que conduzcan al ejercicio de los derechos ciudadanos en salud.

Los programas de televisión analizados asumen que el control sobre los determinantes de la salud se logra a través de acciones de autocuidado, cuidado de los hijos y de la familia, cuya responsable es la mujer. Las mujeres, en especial aquellas con hijos, son llamadas por estos programas a desarrollar tales habilidades y competencias, centradas en el cuidado, para obtener mejor control sobre el bienestar individual y familiar. El cuidado juega un papel central, ya que la ausencia de esta actividad redundaría negativamente en la salud propia y la del círculo cercano. A la mujer se le educa sobre diversas enfermedades, sus síntomas y tratamientos, así como múltiples formas de mantener una buena salud para que sea una cuidadora competente, principalmente mediante la adquisición de conceptos biomédicos para replicarlos en sus hogares.

El análisis de los programas permite comprender cómo la sociedad organiza el cuidado. La relación mujer, cuidado y prevención de la enfermedad-promoción de la salud ha sido histórica. A las mujeres se les ha asignado el cuidado de su grupo familiar por sus funciones de madre (48). Se les ha enseñado, como parte de sus roles sociales y asignación en la división sexual del trabajo, a velar por el bienestar familiar mediante las tareas del hogar y el apoyo afectivo y material. Han sido consideradas brujas, curanderas, expertas comadronas o sanadoras, poseedoras de un saber ancestral, transmitido por vía matrilineal, con amplísimos conocimientos de medicina (52).

Más allá del cuidado doméstico, a las mujeres se les ha encomendado la labor de cuidar enfermos y personas dependientes (53) y ser las principales promotoras de la salud en la sociedad (54). En el marco de los sistemas de salud modernos y tradicionales, son consideradas el primer nivel de salud (52). Queda claro que la atención pública a la salud no podría sostenerse sin el sistema doméstico de salud encabezada por ellas (55). Finalmente, la participación de las mujeres en el conjunto de actividades diversas y ligadas a la salud-enfermedad-atención es predominante (56).

La relación generalizada entre mujer y salud no refleja una realidad, es un proceso de construcción social, un proceso naturalizador (16) que se da a partir de

La articulación del sistema de género, sistema de parentesco y de edad, afectando más a las mujeres adultas, y apoyándose en una caracterización social diferente de los trabajos realizados por hombres y mujeres y en una separación cultural de lo racional que queda ligado a los hombres, y lo emocional, asociado a las mujeres (44).

Esta naturalización de los cuidados femeninos se ha reforzado (53). Ser “ama de casa” es mandato de la sociedad moderna del rol de madre y esposa. Ser mujer es casarse, tener hijos y cuidar de los otros (57). Tales elementos, afirma Lagarde, “se trazan como hechos incuestionables en cumplimiento de sus atributos sexuales, como eje social y cultural de su feminidad” (58).

Al respecto, afirma Vega Montiel (57), que las fuentes de identidad de las amas de casa se determinan por medio de tres factores centrales: la reproducción, el espacio y el trabajo. La reproducción, relegada “al ámbito de la naturaleza y excluido de toda consideración pública”, lleva consigo las responsabilidades del cuidado de los otros y la nutrición. El espacio doméstico es el lugar donde se define y “se interioriza lo que es ser mujer, en términos de la división sexual del trabajo y de la construcción socio-histórica de género”. Y el trabajo en el ámbito doméstico se define como inactividad “puesto que engloba el conjunto de actividades privadas, individuales y concretas... lo que les asigna el carácter de gratuito y obligatorio” (57).

Pero esta naturalización de la relación entre el cuidado y la mujer se ha debatido desde la ética del cuidado. Esta ética denuncia que no se debe feminizar el *care*, el cuidado o la preocupación por los otros. Se ha demostrado que no existe una disposición psicológica diferencial de la mujer frente al cuidado; esta postura reposa sobre una serie de experiencias y actividades que la sitúan en una relación con los otros basada en la preocupación por sus necesidades; no es exclusiva de las mujeres ni de todas ellas (59).

Para la medicina científica, los saberes y las prácticas populares en torno a la salud constituyen una especie de “prácticas ilegítimas”. El modelo hegemónico médico

prioriza la dimensión biológica sobre la dimensión social, la cual no es eliminada sino subordinada y reestructurada a partir de sus prioridades teórico-operativas (60). La medicina ha ganado espacio en las sociedades modernas industriales; no obstante, a pesar de sus avances tecnológicos y científicos, sigue siendo un credo, una forma, de las tantas que existen, de entender la salud (61).

Los programas de salud se orientan a las mujeres, las responsabiliza del cuidado de la familia, al mismo tiempo que deslegitiman el conocimiento (y práctica experiencial) que sobre el cuidado tienen ellas. En esta paradoja mediática, solo es válido el conocimiento especializado de los profesionales de la salud biomédica sobre el cuidado y la salud, mientras los saberes de las mujeres son considerados mitos. En términos de poder, a estas mujeres se les invisibiliza y minimiza su conocimiento frente al saber técnico especializado, a pesar de que, en su vida cotidiana, sus conocimientos les permiten cuidar con eficacia a todos los miembros de la familia y a sí mismas.

Osorio (62) señala el desconocimiento a las mujeres por parte del modelo biomédico hegemónico sobre su papel como curadoras, en un contexto en el que no llega a una parte importante de la población:

La madre aparece como la receptora de las indicaciones médicas, como la “cuidadora”, protectora, educadora, pero pocas veces se valora su papel como curadora, como parte fundamental de los sistemas de atención a la salud y como el recurso no sólo más estratégico y accesible, sino también con un nivel relativamente alto de eficacia y eficiencia, en términos de costos y resultados para el grupo doméstico (62).

Conclusiones

Los programas en la televisión colombiana se refieren al cuidado de la salud a través de la PS y la PE, dos enfoques predominantes al tratar temas de salud. En ambos sobresalen la feminización de la salud y del cuidado. La mujer es la encargada de cuidar la salud propia y la del círculo cercano.

Dichos programas evidencian cómo la sociedad organiza el cuidado según el género. La televisión reproduce el mito de la mujer como “cuidadora natural”, asignándole la responsabilidad del cuidado propio, el de los hijos y el de la familia. Alimenta la idea de que el cuidado se encuentra enraizado en la naturaleza humana, cuando es una actividad que se aprende. Los programas ignoran el papel del hombre en las tareas del cuidado propio, de las esposas e hijos, y promueven la idea de que es la familia el lugar donde se forman las cuidadoras, invisibilizando así el sentido de obligación moral del cuidado que le cabe a todas las personas.

La gran paradoja es que, si bien la televisión responsabiliza del cuidado a la mujer, en especial a las llamadas “amas de casa”, deslegitima sus saberes, llamándolos “mitos” o “creencias”, contraproducentes para la salud propia o familiar. Pretende que el cuidado esté basado en un conocimiento científico dirigido por profesionales de la salud biomédica. Así, la organización del cuidado se divide en los ámbitos doméstico y médico-institucional. Se afianza la medicalización de la salud, arraigando la representación de los cuidados desde los saberes expertos y orientándolos hacia la consulta de estos y no desde la ética del cuidado, esto es desde una ética relacional con la que todos los humanos estamos llamados a comprometernos: cuidado de sí, de los otros y del entorno.

Si bien no hay literatura especializada sobre el cuidado y la televisión, este estudio abre un camino para entender que la televisión sigue siendo preponderante, a pesar del consumo creciente de Internet, en la reproducción simbólica del cuidado. La lente para tratar dicha relación fueron los programas de salud.

Finalmente, desde el 2013, año en el que se analizaron los datos, muchos cambios se han presentado en el mundo, en especial debido a la pandemia de la COVID-19, la cual profundizó la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. En consecuencia, las mujeres triplicaron el tiempo de cuidados no remunerados que dedican los hombres a estas mismas actividades (63). Situación que valida la participación de los medios en la feminización del cuidado. Continuar analizando los discursos y las narrativas televisivas (y de otros medios) que sobre el

cuidado se producen cotidianamente, permitirá comprender mejor este fenómeno y aportar a la deconstrucción de tales representaciones desde la comunicación.

Agradecimientos

Este artículo es resultado de la estancia posdoctoral en la Universidad de París XIII, bajo la tutela de la Profesora Pascale Molinier; le agradezco haberme introducido en el campo de estudio del cuidado. Se retomaron materiales de la tesis para analizarlos bajo el enfoque del cuidado, lo que resultó muy productivo. La financiación de estas investigaciones fue propia. Agradezco al Grupo RERDSA del Instituto de Estudios Regionales de la Universidad de Antioquia por ser un nicho de trabajo constante.

Referencias bibliográficas

1. Comas d'Argemir D. Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español. La crisis de los cuidados como crisis de reproducción social. Y políticas públicas y más allá [Internet]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2014 [citado 20 de agosto de 2020]; p. 5. Disponible en: <https://bit.ly/3vbO8jN>
2. Tronto J. Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado. *Signs: Journal of Women in culture and society*. 1987; 12:1-17.
3. Molinier P. El trabajo de cuidado y la subalternidad. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2016.
4. Molinier P. El "trabajo sucio" y la ética del cuidado. Historia de un malentendido. En: Arango Gaviria LG, Amaya Urquijo A, Pérez-Bustos T, Pineda Duque J, editores. Género y cuidado. Teorías, escenarios y políticas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Universidad de los Andes; Pontificia Universidad Javeriana; 2018. p. 90-103
5. Arango Gaviria LG, Molinier P, compiladores. El trabajo y la ética del cuidado. Medellín: La Carreta Social y Escuela de Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia; 2011. 330 p.
6. Fraser N. Las contradicciones del capital y los cuidados. *New Left Rev*. 2016; (100):111-132.
7. Cerri C, Alamillo-Martínez L. La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada. *Gazeta de Antropología*. 2012; 28(2).
8. Comas d'Argemis D. Cuidados, género y ciudad en la gestión de la vida cotidiana. En: Ramírez Kuri P, Valverde Valverde C, Suri Salvatierra K. La erosión del espacio público en la ciudad neoliberal. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2017. p. 59-90.

9. Huerta Wong JE, Gracia E. La formación de los ciudadanos: el papel de la televisión y la comunicación humana en la socialización política. *Comun y Sociedad*. 2008; 10:163-89.
10. Agudelo Calle A. La televisión colombiana y la formación ciudadana en salud de mujeres televidentes. Reproducción de lógicas individuales y de consumo. *Regions and Cohesion*. 2017; 7(3):30-51.
11. Carvajal Flores L, Vásquez Vargas L. Conocimiento, práctica y percepción de enfermeras respecto a tele-enfermería como estrategia de continuidad del cuidado. *Enfermería Cuid Humaniz*. 2016; 5(25-33).
12. Whitehead D. Using mass media within health-promoting practice: a nursing perspective. *J Adv Nurs*. 2000; (32):807-816.
13. Antezana Barrios L. La mujer en la televisión: el caso chileno. *Cuadernos de Información*. 2011; (29):105-116.
14. Menéndez Menéndez MI, Zurian Hernández F. Mujeres y hombres en la ficción televisiva norteamericana hoy. *Anagramas*. 2014; 13(25):55-72.
15. Lorente R. Mujer periodista en la era de las nuevas tecnologías de la información. En: *Mujeres en medio: repaso crítico a los medios de comunicación y su lenguaje*. Madrid: Asociación de Mujeres Profesionales de la Comunicación (AMECO); 2001. p. 129-44.
16. Velandia-Morales A, Rincón JC. Estereotipos y roles de género utilizados en la publicidad transmitida a través de la televisión. *Universitas Psychologica*. 2014; 13(2):517-527.
17. Camusso M. Trabajo doméstico y Buen Vivir: un desafío para las narrativas publicitarias. *Chasqui: Revista Latinoamericana de Comunicación*. 2017; (134):161-180.
18. Rincón O, García MS, Zuluaga Trujillo J. La Nación de los medios. *Cuadernos de Nación*. Ministerio de Cultura. Bogotá: Universidad de Los Andes; 2008. 84 p.
19. Guerrero Pérez E. La fuga de los Millennials de la televisión lineal. *Revista latina de comunicación social*. 2018; (73):1231-1246.
20. Molina Naranjo M, Lavandero García J, Hernández Rabell L. Análisis histórico y crítico del desarrollo de las TIC. *Impacto social. Referencia Pedagógica*. 2017;(2):157-178.
21. García Reina L. Juventud y medios de comunicación. La televisión y los jóvenes: Aproximación estructural a la programación y los mensajes. *Ámbitos*. 2004;(12):115-29.
22. Feo Acevedo C, Feo Istúriz O. Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde em Debate*. 2013; 37(96):84-95.
23. Jeong JS, Lee S. The Influence of Information Appraisals and Information Behaviors on the Acceptance of Health Information: A Study of Television Medical Talk Shows in South Korea. *Health Communication*. 2018; 33(8):972-979.
24. Bavin LM, Owens RG. Complementary Public Service Announcements as a Strategy for Enhancing the Impact of Health-Promoting Messages in Fictional Television Programs. *Health Communication*. 2018; 33(5):544-52.
25. Del Valle Rojas C. *Comunicar la salud. Entre la equidad y la diferencia*. Temuco: Universidad de La Frontera; 2003.
26. Alcalay R, Mendoza C. *Proyecto COMSALUD: un estudio comparativo de mensajes relacionados con salud en los medios masivos latinoamericanos*. Washington; 2000.
27. De Semir V, Revuelta G. La salud en el supermercado de la información. *Humanit Humanidades médicas*. 2006; (4):11-25.
28. Sánchez Martos J, Roskelley S, Llorente F, Rutz D, Aparicio R. Cómo se decide la programación sobre salud en radio y televisión. *Quark: Ciencia, medicina, comunicación y cultura*. 1999; (16):80-91.
29. McClaran N, Rhodes N. Portrayals of Vaccination in Entertainment Television: A Content Analysis. *Health Communication*. 2020; 36(10):1242-1251.
30. Kinsler JJ, Glik D, de Castro Buffington S, Malan H, Nadjat-Haiem C, Wainwright N et al. A Content Analysis of How Sexual Behavior and Reproductive Health are Being Portrayed on Primetime Television Shows Being Watched by Teens and Young Adults. *Health Communication*. 2019; 34(6):644-651.
31. Ramírez Leyva FM. *Encuadres noticiosos de la salud en los informativos de la televisión pública y privada en México [Tesis doctoral]*. [Alicante]: Universidad Miguel Hernández De Elche; 2017.
32. Gómez Supelano P. Los medios bajo la lupa en materia de salud. *Pesquisa*. 2011; (15):10-3.

33. Christenson P, Ivancin M. The “Reality” of Health: Reality Television and the Public Health. Menlo Park: The Henry J. Kaiser Family Foundation; 2006.
34. Rideout V. Television as a health educator: a case study of Grey’s Anatomy. Kaiser Fam. Victoria. Menlo Park: The Henry J. Kaiser Family Foundation; 2008.
35. Andaló P. Lágrimas, Amores, traiciones... y mensajes de salud. *Revista Perspectivas de Salud (OPS)*. 2003;8(2):8-13.
36. Meza T. Las telenovelas juveniles mexicanas y las adolescentes obesas. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*. 2006; 48(197):83-94.
37. Marín Díaz V. Las series animadas de televisión y su valor educativo. *Comunicar*. 2005; XIII(25).
38. Mejía-Díaz DM, Carmona-Garcés IC, Giraldo-López PA, González-Zapata L. Contenido nutricional de alimentos y bebidas publicitados en la franja infantil de la televisión colombiana. *Nutrición Hospitalaria*. 2014; 29(4):858-64.
39. Beca JP, Salas SI. Medicina en televisión: ¿un problema ético? *Rev Med Chil*. 2004; 132:881-5.
40. Bonilla JI, Cadavid Bringe A. ¿Qué es noticia?, agendas, periodistas y ciudadanos. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana- Fundación Konrad Adenauer; 2004.
41. Mondragón L, Hermelin D, Moreno Londoño J. La gripe H1N1 y los noticieros de TV en Colombia: entre las representaciones del riesgo y las resonancias de imaginarios. *Disertaciones*. 2013; 6(2):174-205.
42. Espanha R. Ficció televisiva i construcció de representacions sobre salut a Portugal. *Portal Comunicación.com Lecciones del Portal [Internet]*. 2014. Dponible en: <https://bit.ly/3oqjjeP>
43. Puerta Silva C, Agudelo Calle A. Aportes de la televisión a la formación ciudadana en el contexto de las violencias del sistema de salud en Colombia. En: Koff H, Maganda C, editors. *Globalization, Violence and Security Local Impacts of Regional Integration*. Bruxelles: P.I.E. Peter Lang; 2016. p. 39–62.
44. Comas d’Argemis D. Mujeres, familia y estado del bienestar, en del Valle. En: Del Valle Murga MT, coordinadora. *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Barcelona: Ariel; 1993. p. 187-204.
45. Agudelo Calle A. La formación ciudadana a través de los medios de comunicación. La televisión colombiana y su aporte a las ciudadanías en salud [Tesis doctoral]. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2016.
46. Tufte T. Soap operas y construcción de sentido: mediaciones y etnografía de la audiencia. *Nueva época*. 2007; 8(2004):89-112.
47. Casetti F, Di Chio F. Análisis de la televisión. Instrumentos, métodos y prácticas de investigación. Barcelona: Paidós; 1999. 384 p.
48. Hernández Tezoquipa I, Arenas Monreal MDLL, Valde Santiago R. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(5):443-450.
49. Borgeaud-garciand N. Puertas adentro. Trabajo de cuidado domiciliario a adultos mayores y migración en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Teseo; 2016.
50. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.
51. Obregón Gálvez R. Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud. *Folios*. 2010; 23:13-29.
52. Carosio A. El invisible aporte de las mujeres a la salud. *Revista Mujer Salud*. 2008; (23):1-20.
53. steban ML. Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. SARE 2003 “Cuidar cuesta costes y beneficios del cuidado”. 2003; 1-17.
54. Salazar Aguilar CM. Factores culturales y sociales de la mujer para promover la salud familiar y la propia [Tesis doctoral]. [San Nicolás de los Garza]: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1996.
55. Menéndez E. Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones. Ciudad de México: CIESAS; 1990.
56. Pagnamento L. El trabajo de las Promotoras de salud municipales y la participación social. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2012. p. 1-21.
57. Vega Montiel A. Género y recepción televisiva: la interacción de las sujetas y los sujetos con y mediada por la televisión. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*. 2006; 48(197):67-81.

58. Lagarde M. Cautiverio de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1990.
59. Molinier P, Laugier S, Paperman P. Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité. Paris: Éditions Payot & Rivages; 2009. 302 p.
60. Bejarano I. Lo culto y lo popular. Medicina letrada / medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy. 2004; (24):13–22.
61. Lupton D. La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales. Medellín: Universidad de Antioquia; 2014. 234 p.
62. Osorio RM. Antropología del género y antropología médica: convergencias posibles y necesaria. Ankulegi: gizarte antropologia aldizkaria = revista de antropología social 1999;63-70.
63. ONU. La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. Cepal. 2020.